

Una crescita al servizio degli operatori. Si è costituita Fe Der Ser D	1
Presentazione Fe Der Ser D	
<i>Alessandro Coacci</i>	2
Statuto Fe Der Ser D	12

ORGANIZZAZIONE

E' pubblico tutto ciò che è rivolto al pubblico ed è utilizzato per il bene pubblico	
<i>Maurizio Fea</i>	3

LEGISLAZIONE

Un contributo al recente documento di revisione del DM 444/90	
<i>Norberto Pentiricci</i>	5
Corte di Cassazione - Legittima la terapia di lunga durata con il metadone	6
Publicati i LEA	6
Nuove modalità operative per il registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti	6

RECENSIONI

D. Capitanucci - V. Marino (a cura di) La vita in gjioco?	8
---	---

INTERVENTO

Sostanze stupefacenti e psicotrope nel terzo millennio	
<i>Teodora Macchia</i>	7

CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE

Il sistema di valutazione dell'efficacia dei Trattamenti del SerT della A.S.L. 4 Chiavarese	
<i>Giorgio Rebolini, Giannino Ulivi</i>	11
Le linee guida e la direttiva nazionale australiane sull'uso della buprenorfina	18
Azienda Unitaria Sanitaria Locale Roma "C"	18
Un contributo al dibattito sull'uso del metadone	20

LETTERE/DIBATTITI

ECCAS	15
Il Network EURIDICE	15

DALLE REGIONI

La Regione Sicilia istituisce il Dipartimento Dipendenze Patologiche	
<i>Guido Faillace</i>	16

CONGRESSI E CORSI

1° Congresso Nazionale Fe Der Ser D	4
Due iniziative di Fe Der Ser D	16

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Fe Der Ser D

Una crescita al servizio degli operatori si è costituita Fe Der Ser D

Il rilancio della presenza degli operatori dei Servizi delle dipendenze sulla scena istituzionale si impone.

L'aziendalizzazione della sanità sta portando effetti diversi nelle varie Regioni, si combina con un percorso variamente vissuto di federalismo e devolution, ma possiamo senz'altro affermare che il senso di quanto sta avvenendo e avverrà nel sistema di welfare del nostro Paese sia tracciato.

Ebbene, è anche di questo che Fe Der Ser D vuole parlare con gli operatori pubblici e privati e con le istituzioni centrali, regionali e aziendali.

Ma partiamo dal nome della nuova associazione: Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, Fe Der Ser D appunto.

Un nome che vuole considerare la nuova organizzazione dei Servizi in Italia: che vanno dai Ser. T., ai Servizi alcolologici, ai Dipartimenti che si stanno faticosamente costituendo.

La vera novità e crediamo potenzialità operativa è la struttura della Federazione, che è nazionale ma decentrata su base regionale, con larga autonomia a questi livelli locali di attività.

Una Federazione degli operatori dei Servizi Pubblici ma anche di professionisti del Privato, nelle sue varie articolazioni, di chi insomma è impegnato a consolidare e sviluppare un intervento professionale su basi tecniche, nell'interesse della persona e della società civile.

Una Federazione di singoli e di Associazioni, che con Patti federativi possono aderire a Fe Der Ser D, condividendone le finalità.

Ed è significativo e confortante vedere, come proprio su questo punto assolutamente innovativo, già numerose Associazioni, Gruppi di studio e ricerca, tra cui i Network europei ECCAS ed EURIDICE, hanno già chiesto formalmente l'adesione a Fe Der Ser D, praticamente in fase di costituzione.

Per chiarezza vogliamo sviluppare due concetti a tutela da possibili riserve, tipiche del nostro "piccolo, autoreferenziale e turbolento" settore.

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO I, 2002 - N. 1

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa n. 11/B, 58100 Grosseto

Direttore responsabile:

Franco Angeli

Comitato di Direzione

Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Claudio Leonardi, Antonio d'Amore, Guido Faillace, Maurizio Fea, Giorgio Serio, Luciana Bacci, Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Ezio Manzato

Responsabile di Redazione

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà n. 21,
20066 Melzo (Milano)
Tel/fax. 02 95736995

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio, 16
S. Giuliano Mil. (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano

Sped. in abb. post. -45% art. 2, comma 20/b,
L. 662/96. Filiale di Milano Autorizzazione
Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002



La prima: “nasce un'altra Associazione, ma ce n'era bisogno?”.

Ebbene, Fe Der Ser D non nasce dal e sul nulla, ma su una consolidata realtà che operatori e istituzioni ben conoscono, dalla realtà che molti colleghi hanno incontrato quando, ad esempio, vi è stato da applicare la legge 45 ai vari livelli, dalle Regioni alle A.S.L..

La seconda: “ma è una Federazione sindacale, scientifica o professionale?”. Non è sindacale, ma vuole occuparsi dei diritti e dei doveri degli operatori e delle istituzioni. Non è un'Associazione di parte anche se si colloca come supporto tecnico, scientifico e culturale con quanti ne faranno richiesta, al di fuori di ogni logica partitica. Non è certo di coloro che pensano di avere soluzioni precostituite, ma è composta da professionisti che contribuiscono a fare la storia e la scienza di questo settore in Italia; di operatori che lavorano con i pazienti, che studiano anche gli aspetti organizzativi e di management nelle loro realtà, che sono attivi, che si impegnano a studiare di più, che non credono che la scienza sia separata dalla pratica operativa, e che con serenità sono abituati al confronto in una logica di continua crescita.

La vera domanda perciò è un'altra: riusciremo a fare quello che ci proponiamo?.

Lo speriamo, insieme a tutti voi e con le altre Associazioni che operano nel nostro Paese e in Europa, cominceremo a lavorare da subito, da questo momento difficile e ricco di semplificazioni e rischi per il futuro dell'intervento tecnico e organizzato nel settore delle dipendenze patologiche.

Fe Der Ser D si è costituita il 7 dicembre 2001 a Grosseto, presso la sede del Polo Universitario. ✍

Sono lieto di presentare questo nuovo periodico, frutto di un'assidua, intelligente, esemplare attività scientifica e clinica, destinato a coloro che quotidianamente operano nel mondo delle “dipendenze patologiche”.

Un lavoro senz'altro molto impegnativo, ma anche stimolante in quanto parte di una realtà in continua evoluzione.

“Mission” è la rivista della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - Fe Der Ser D, che si propone di sviluppare ricerca e confronto di esperienze fra gli operatori del settore impegnati sia nel pubblico che nel privato, con lo scopo di migliorare costantemente la qualità della risposta che essi sono chiamati a dare alla collettività nel momento della prevenzione e in quelli della cura e della riabilitazione.

Ormai da tempo assistiamo al manifestarsi nel corpo sociale di una sempre più forte domanda di rinnovamento operativo che Fe Der Ser D si propone di raccogliere e valorizzare anche attraverso questa sua pubblicazione.

Non è un caso che a responsabile della redazione di “Mission” è stato chiamato l'amico Alfio Lucchini, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L. Milano 2, da tutti noi conosciuto e stimato come persona tecnicamente esperta e di grande apertura culturale verso ogni fecondo atteggiamento innovativo.

A lui e ai collaboratori della redazione voglio rivolgere il mio personale augurio di un proficuo lavoro, consapevole che questo augurio si farà certezza in breve.

Sandro Coacci
Presidente Fe Der Ser D



A proposito del sistema di intervento

È pubblico tutto ciò che è rivolto al pubblico ed è utilizzato per il bene pubblico

*Maurizio Fea**

Parlando della salute non possiamo dimenticarci che la propensione degli esseri umani è quella di considerare la salute un fatto molto personale, sottoposto quindi a regole e criteri che talora confliggono con una visione più generale del bene e della utilità. Perciò è probabile che la affermazione iniziale debba riguardare innanzitutto i soggetti che si propongono o sono individuati come gestori dei servizi per la salute. Voglio dire che ci deve essere una responsabilità condivisa tra gli attori che intervengono nella gestione del sistema di intervento sulle dipendenze, rispetto al fatto che il "mercato della salute" se così lo vogliamo chiamare, deve essere regolato da principi e norme che non possono prescindere da alcuni assunti fondamentali, quali:

- le prestazioni devono ispirarsi ai principi della buona pratica e i servizi devono misurarsi con le evidenze di efficacia
- la analisi dei bisogni assistenziali e di cura, la programmazione di servizi e prestazioni, la allocazione delle risorse deve rispondere a criteri di economicità e di efficacia che siano ancorati a misure condivise di valutazione dei prodotti ed alla quantità di risorse effettivamente disponibili.

Solamente riconoscendo ed accettando la fondatezza di questi principi si può pensare di dare regole al sistema di intervento che sappiano garantire la pari dignità a tutti gli attori che vi concorrono e contestualmente l'efficienza del sistema stesso e dei suoi prodotti per la salute dei cittadini. Accogliendo questo approccio, ci si libera più facilmente delle pregiudiziali ideologiche, che quantunque abbiano la loro legittimità, tuttavia in questo momento appaiono funzionali soprattutto alla definizione, al mantenimento o al cambiamento di assetti di potere.

Il diritto a considerarsi servizi pubblici, in quanto rivolti al pubblico, per tutte le agenzie e servizi che operano nel settore, non può derivare semplicemente dalla natura giuridica dei soggetti, ma nasce dal riconoscimento e condivisione che tutte le prassi lavorative, siano esse cliniche, assistenziali, educative o preventive, devono essere sottoposte ad un sistema di regole per la loro validazione e per misurarne la portata e l'efficacia con criteri condivisibili dai paradigmi della comunità scientifica ed accettabili sotto il profilo etico e valoriale.

Detto questo si può competere per migliorare la qualità e l'efficacia delle cure che vengono offerte, ma solo contestualmente a ciò si può competere per l'acquisizione di risorse dal servizio sanitario, finanziato con i quattrini di tutti i cittadini. Forse in una situazione asettica si riesce anche senza troppe difficoltà a condividere un accordo su questi assunti, ma i problemi nascono spesso dalle relazioni seduttive con il potere, che si presentano come scorciatoia di legittimità e

come mezzo autoritario per affermarsi a danno di chi non partecipa a queste relazioni seduttive; e certamente fra loro vanno annoverati in primo luogo i cittadini, prima ancora che le organizzazioni.

Il sistema di intervento si può consolidare a partire da questi assunti e dalle sempre più numerose esperienze che seppure in maniera approssimata, sembrano volersi ispirare.

Non si può però accettare come base di confronto razionale, un pensiero che non propone se stesso come espressione di un determinato punto di vista, che non si assume come "visione delle cose" dipendente da esplicite assunzioni, che rifiuta di essere considerato alla stregua di una teoria capace di entrare in dialettica con altre per "criticarle" ed "essere criticato", e che invece si autolegittima esclusivamente (o viene esclusivamente legittimato) attraverso un esercizio di autorità. Purtroppo operatori sia privati che pubblici hanno spesso eluso le possibilità del confronto, ricorrendo i primi alla clava del giudizio morale espresso attraverso l'uso degli strumenti categoriali propri degli apriori etici, i secondi invocando criteri di scientificità anche laddove si trattava di accettare il confronto su dimensioni più valoriali.

Un aspetto limitante di tale approccio sta nel fatto che, al suo interno, gli attori non sono mai fatti giocare dentro una logica di sistema, ma vengono usati all'interno della logica del "testa a testa" a tutto svantaggio delle persone che potrebbero invece godere dei benefici effetti di un sistema di sussidiarietà governato da regole chiare.

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche si presenta come la prima vera occasione di giocare in una logica di sistema ove gli attori possono davvero concorrere non solo al perseguimento di alcuni obiettivi, ma anche alla definizione di alcune regole del gioco, se ne accettano le premesse indicate. Il Dipartimento, a maggior ragione se venisse riconosciuto come strutturale, è l'ambito istituzionale del territorio entro il quale possono convergere le istanze di buon governo del sistema e trovare la loro composizione le esigenze di qualificazione e sviluppo dei servizi alla persona, indipendentemente dalla loro natura giuridica di pubblico, privato, profit o non profit.

I pilastri su cui si regge la capacità di programmare e la possibilità di esercitare l'effettivo governo sugli interventi praticati, sono:

1. la partecipazione responsabile di tutti gli accreditati in forme di rappresentanza pesate sia per l'aspetto quantitativo che qualitativo.

Il problema della rappresentanza costituisce forse un nodo critico più per i soggetti privati che per quelli pubblici, presentando i primi una maggiore eterogeneità ed istanze più settoriali, ma a questo aspetto del problema si può porre

*Direttivo nazionale Fe Der Ser D
Direttore del Dipartimento delle Dipendenze - A.S.L. Pavia

rimedio prevedendo delle articolazioni del dipartimento per aree che garantiscano la effettiva possibilità di esprimere istanze ed idee da parte di tutti i soggetti.

La pesatura in termini di quantità deve esprimere l'effettiva capacità del soggetto di essere rilevante per il territorio, ovvero di saper fornire quei livelli essenziali della assistenza previsti dalle norme nazionali e regionali al maggior numero di soggetti residenti che esprimono il bisogno.

Non va trascurata la dimensione qualitativa degli interventi che possono essere rappresentati da soggetti rilevanti per la loro specializzazione o per le caratteristiche tipologiche che le rendono significative per il territorio.

Un ragionamento analogo va fatto per la rappresentanza degli Enti locali, che esprime numerosità ed eterogeneità ancora più rilevante dei soggetti privati, e contemporaneamente costituisce la cornice di riferimento del territorio e l'istanza rappresentativa più direttamente connessa ai bisogni della popolazione.

Ogni territorio deve trovare un equilibrio rappresentativo che sappia garantire la capacità di espressione di tutti i soggetti rilevanti in primo luogo ed in secondo luogo che sappia comporre le esigenze di soddisfare le necessità di cura e prevenzione con la disponibilità di risorse.

2. La capacità dei soggetti partecipanti alle articolazioni del dipartimento (Comitato - Uffici di area) di interpretare la funzione delegata non come un "comitato di affari" per la tutela di interessi particolari ancorché legittimi, ma cercando di assumere il compito di "servizio al pubblico" ed appropriandosi perciò nella sostanza della categoria che "È pubblico tutto ciò che è rivolto al pubblico ed utilizzato per il bene pubblico".

Solo da qui nasce la concreta possibilità di assumere pari dignità e potere nella programmazione e gestione degli interventi per la salute dei cittadini.

Indubbiamente questo avviene in un momento nel quale paradossalmente i servizi che si fregiano del titolo di pubblico e che quindi si ritengono, a torto o a ragione, storicamente adeguati a svolgere il compito, vengono genericamente delegittimati da interventi politici che cercano di ridefinire le regole del sistema a prescindere da una valutazione seria di merito.

Contestualmente una parte del privato viene accreditata come punto di riferimento, senza la definizione di una architettura di regole che assicuri l'effettiva capacità del sistema di produrre salute.

Perciò è maggiormente necessario che i soggetti pubblici e privati che sono in grado o vogliono effettivamente concorrere al miglioramento della qualità delle cure e assicurare risposte efficaci alle necessità assistenziali ed educative, convergano senza timori di prevaricazioni o di concorrenze sleali, nella costruzione delle regole di un sistema di intervento che può senza dubbio trovare forme locali (regione e territorio) di riconoscimento di qualità professionale e di risposta adeguata ai bisogni di salute dei cittadini.

Tutto ciò costituisce indubbiamente una sfida anche culturale al superamento di prassi, idee, modelli di lavoro, consuetudini, paure e preoccupazioni, che talora limitano la capacità ed il desiderio di cimentarsi con compiti che appaiono ardui ma che sono intriganti, e dai quali non possiamo tuttavia esimerci, pena l'impovertimento e la paralisi di tutto il sistema di intervento. \

VILLA ERBA - CERNOBBIO (Co) – 17-19 ottobre 2002

1° annuncio

COMITATO PROMOTORE:
 Massimo Conci
 Demario S. Grande
 Aldo Locatelli
 Lutziana Boeri
 Giorgio Sisti
 Claudio Leonardi
 Maurizio Ivo
 Antonio Di Amico
 Guido Peiffano
 Norberto Ponticelli
 Laura Tadini
 Fulvio Valloni
 Ivo Monzani
 Giuseppe De Luca

1° CONGRESSO NAZIONALE



FeDerSerD
 FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
 DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

SECRETARIA ORGANIZZATIVA:
 EXPORPOINT - Organizzazione
 Congressi Eventi
 Via Marconi 3
 20086 Mariano Comense - Co
 tel 031 748514
 fax 031 751535
 e-mail info@expopoint.it
 www.expopoint.congressi.eventi

La Società Scientifica di Congresso
 per il Settore Dipendenze
 del Centro Nazionale di Impiego
 FCM (Federazione Centro per
 Medicina del Ministero della Salute)

OPERARE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: MISSION DEI SERVIZI SPECIALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Temi Congressuali:

- MISSION DEI SERVIZI E SIGNIFICATO DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO
- ERGONOMIA "ANTICA" UN PROBLEMA RESISTENZA I PROBLEMI E TRISTE!
- EVENTI E AIDS
- NUOVE FRONTIERE DELLE PROFESSIONI SOCIO EDUCATIVE
- VERSO UN MODELLO DI PREVENZIONE DEL E DIPENDENZE DEL SOSTANZE NEL MONDO DEL LAVORO
- BUPRENORFINA: DUE ANNI DI ESPERIENZA IN ITALIA
- TERAPIE NON CONVENZIONALI
- FORMAZIONE, CONSULENZA SPECIALIZZAZIONE
- TABAGISMO

- PROFESSIONI INFERMIERICHE
- NEW ECONOMY E NUOVE FORME DI DIPENDENZA
- LE "RAGIONI" DEL METADONE
- AUTOMATIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI SERVIZI
- DOPING, SPORT, DIPENDENZA
- PSICOTERAPIE E TRATTAMENTI IN GELPIDO
- DEPRESSIONE E TOSSICODIPENDENZA
- "CONVERSIONI" DELLE ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE E PROFESSIONALI
- STRESS E COMPORTAMENTI A RISCHIO
- ALCOL: LE LETTURE DELLA MULTIPROBLEMATICA
- GIGED D'AZIARDO PATOLOGICO
- NUOVI STILI DI CONSUMO, NUOVI COMPORTAMENTI A RISCHIO

Sono in via di definizione ulteriori tematiche congressuali



Un contributo al recente documento di revisione del DM 444/90

*Norberto Pentiricci**

La revisione del DM 444/90 rappresenta, nell'attuale contesto politico e alla luce di scelte di politica socio sanitaria che il Governo si appresta a fare in tema di tossicodipendenze, un'occasione fondamentale per costruire un sistema di servizi integrati pubblico-privato realmente efficace e soprattutto in grado di rispondere positivamente alle aspettative di impegno sociale che il Paese chiede con forza.

Fatti salvi i principi e le norme che regolamentano ed indirizzano tutto il settore, la revisione del DM 444/90, opportunamente adattata e forte di un sostanzioso impegno economico, consente di individuare percorsi assistenziali che si facciano carico della tossicodipendenza in tutte le sue diverse fasi, attraverso la definizione di procedure e ruoli fra loro interdipendenti ancorché basati su evidenze scientifiche.

La premessa è opportuna e necessaria dovendo considerare le indicazioni della O.M.S. che definisce la tossicodipendenza come "malattia cronica recidivante", le implicazioni di carattere sanitario che ne derivano, la necessità di armonizzare diversi livelli di intervento che perseguano obiettivi di salute pienamente rivolti al recupero e reinserimento della persona tossicodipendente.

Nel merito della proposta di revisione sembra opportuno rilevare quanto segue:

Art. 1

La istituzione di un ampio dipartimento che comprenda oltre quella delle Dipendenze anche l'area della Salute Mentale e della Tutela Materno-Infantile, sul piano della legittimità è in contrasto con quanto definito dal D.L. 229/99 sia per quanto attiene alle competenze ed a scelte che sono prerogativa delle Regioni, che per quanto riguarda l'impianto costruttivo, dove non si tiene conto delle diverse specificità delle aree interessate: dipartimenti tecnico funzionali quelli delle dipendenze, strutturali (in non tutte le Regioni) quelli di Salute Mentale, strutturali e trasversali quelli Materno-Infantili. Sono facilmente intuibili le problematiche anche di carattere strettamente gestionale che ne derivereb-

bero, sia ai fini della definizione del budget con la Direzione Aziendale, che per le competenze che una struttura siffatta potrebbe avere, senza ingenerare ulteriori elementi confusivi nella programmazione e progettazione degli interventi che d'altronde trovano la loro definizione nel percorso previsto dalla L.328/01 attraverso gli strumenti che concorrono alla definizione dei piani di zona.

Più praticabile sembra la proposizione di un Comitato Interdipartimentale con funzioni di raccordo nell'ambito delle tematiche comuni, allo scopo di razionalizzare risorse ed individuare obiettivi di salute certi, espressione della realtà territoriale locale.

Il Comitato potrebbe essere integrato da rappresentanti del privato sociale accreditato (come previsto dall'Accordo Stato Regioni per l'accreditamento).

E' altresì evidente comunque che la responsabilità del Dipartimento deve essere attribuita a Dirigente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente ed in particolare dal DPR 484/97 (considerato anche il CCNL per la Funzione Pubblica).

Una formulazione dei livelli organizzativi articolata all'interno di norme già operanti, consente comunque un esercizio di attività programmatiche certamente in linea con le esigenze di politica socio sanitaria già evidenziate nel dibattito politico, senza per questo generare conflitti poi difficilmente riconducibili ad atti di indirizzo che competono alle Regioni, soprattutto sotto il profilo della legittimità.

Per completare le osservazioni nel merito dell'art.1 è opportuno inserire disposizioni che rimandino a effettive capacità di copertura economico finanziaria dell'impianto del nuovo DM 444.

Art. 2

Il Ser.T. attraverso la copertura dei ruoli previsti nell'équipe multi disciplinare devono essere posti nella condizione di assicurare quanto poi previsto nell'art.2 - Requisiti Funzionali - .

Nello stesso dispositivo si deve inserire che il diritto di libera scelta nell'ambito dei programmi riabilitativi può essere esercitato presso tutte quelle strutture che abbiano ottenuto l'accreditamento, i cui percorsi assistenziali siano stati quindi validati nel rispetto delle norme

previste dalla Regione, che rimane titolare delle scelte in materia di politica sanitaria così come previsto dal titolo V della Costituzione in materia di federalismo.

Al comma 2 si fa riferimento alle specifiche competenze dei Ser.T.: è chiaro che la funzione di diagnosi è talmente legata a percorsi e procedure che implicano la presenza delle diverse figure professionali specialistiche che tale processo non può essere demandato ad altre strutture, vuoi anche del privato sociale, se non pienamente rispondenti a requisiti di idoneità accreditati in sede regionale, ovvero la presenza nelle stesse di figure professionali ritenute idonee almeno sulla base della evidence based medicine e per una copertura oraria congruente a quella prevista per le strutture pubbliche.

Le diverse attività previste al comma 2 necessitano della reale copertura delle dotazioni organiche dei servizi pubblici, senza le quali non è assolutamente possibile assicurare interventi il più ampi possibili e non limitati alla presa in carico farmacologia, in un'ottica rivolta al pieno recupero della persona tossicodipendente. Chiara la necessità di prevedere coperture economico finanziarie adeguate.

Al comma 3 là dove viene introdotta l'unità funzionale per i trattamenti di disintossicazione deve essere la Regione a prevedere nella dotazione regionale la disponibilità di posti letto dedicati a tale attività, posti letto che devono rispondere a requisiti organizzativi e di funzionamento accreditati ed inseriti nell'ambito dell'attività di programmazione complessiva del Dipartimento delle Dipendenze.

Le strutture residenziali e semiresidenziali, lettera b), accolgono la persona tossicodipendente previo accoglimento di istanza da parte del soggetto che intende rivolgersi ad esse: in tal modo viene salvaguardata la libera scelta del soggetto, almeno nei casi in cui non ricorrano elementi riconducibili alla tipologia delle misure alternative previste dalla normativa vigente.

Le successive articolazioni riguardanti i requisiti strutturali, requisiti tecnologici minimi, requisiti organizzativi minimi, dotazione organica possono essere condivise essendo frutto di una verifica già effettuata in sede tecnica. ↘

*Direttivo nazionale Fe Der Ser D - Direttore Dipartimento Dipendenze Azienda USL n. 1, Regione Umbria.

Corte di Cassazione Legittima la terapia di lunga durata con il metadone

Una buona notizia ha aperto il mese di marzo.

La scienza medica ritiene "non errato" il criterio di mantenimento con il metadone.

Riportiamo solo questo cauto passo della sentenza n. 8184 perché sufficiente, nel periodo di facili approssimazioni e interpretazioni legislative basate nel migliore dei casi sulle impressioni personali, a farci pensare che la luce esista.

Già in altre circostanze abbiamo espresso la nostra solidarietà ai colleghi milanesi dalla cui vicenda è nata questa pronuncia.

Ora siamo più "sollevati" così come loro. Ora siamo, come lo eravamo prima, convinti che il nostro operare secondo scienza e coscienza, nell'interesse dei pazienti, valga nel trattamento dei tossicodipendenti come vale in ogni altra patologia.

Evviva, entrando nei nostri servizi il mattino sentiamoci quello che siamo: dei tecnici che hanno studiato per curare le malattie e per capire le necessità di chi si rivolge a noi. ☺

Publicati i LEA Livelli essenziali di assistenza

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana dell'8 febbraio 2002 (suppl. ordinario al n. 33 - serie generale) è pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Contiene la classificazione dei livelli di assistenza da garantire da parte del SSN, e cioè:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- l'assistenza distrettuale
- l'assistenza ospedaliera

Nella organizzazione sia di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, sia di assistenza territoriale semire-

sidenziale e residenziale sono inserite l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcol (compresi i detenuti o internati) e/o alle famiglie e l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV.

Nell'area della integrazione socio sanitaria le attività di interesse del nostro settore sono illustrati i macro livelli di assistenza, i micro livelli, le prestazioni, la percentuale di costi a carico dell'utente o del Comune, le normative significative di riferimento.

Piace segnalare, in linea con l'essenzialità e la rilevanza specialistica delle attività dei nostri servizi, come siano a totale carico del SSN i costi per le attività sanitarie e socio sanitarie a favore di tossicodipendenti a livello territoriale ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e di assistenza penitenziaria.

Viene da chiedersi, guardando a recenti indirizzi che alcune Regioni stanno assumendo, se questo fondamentale decreto sia stato ben valutato, specialmente nella delicatezza e responsabilità che certi settori e certe patologie richiedono in termini di assistenza e cura, nonché di controllo delle prestazioni.

Funzioni di interesse pubblico indubbiamente, da valorizzare e non disperdere. ☺

Nuove modalità operative per il registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti

Il 3 agosto 2001 è stato approvato un nuovo decreto che modifica il registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative.

Questo decreto in particolare introduce la possibilità di utilizzare quali registri di carico e scarico delle sostanze stupefacenti moduli continui elettrocontabili, adatti ad essere utilizzati

come supporto cartaceo dei sistemi informatici.

L'utilizzo di un programma informatico per il carico e lo scarico degli stupefacenti è pratico, veloce, tutela gli operatori in caso di controlli da parte dei NAS, in quanto in tempo reale avviene la registrazione della somministrazione degli stupefacenti e il computo della giacenza.

Un confronto con il Ministero della Salute - Ufficio Centrale Stupefacenti ci ha aiutato a trarre le seguenti considerazioni:

- le unità operative di cui si parla nel decreto sono a pieno titolo i presidi Ser.T.;
- tale nuovo registro deve essere utilizzato dal 1 gennaio 2002;
- il registro deve essere vidimato dal direttore sanitario o da un suo delegato (vedi art.60 comma 2-ter DPR 309/90 e successive modificazioni);
- si deve compiere un distinguo molto chiaro tra il concetto di registro di carico e scarico, che è quello dove vanno annotate tutte le somministrazioni avvenute quel giorno persona per persona, che NON coincide con il registro di entrata e uscita di cui al comma 2 dell' art. 60 DPR 309/90 e successive modificazioni.

Il registro di entrata e uscita è un altro registro, diverso dal precedente, ed è obbligatorio tenerlo in quei servizi che acquistano gli stupefacenti con una richiesta diretta alla ditta produttrice, dove cioè non esiste una farmacia interna che provveda all'acquisto ed alla giacenza degli stupefacenti.

In questo caso il presidio deve essere dotato di un altro registro, vidimato dall'Autorità Sanitaria Locale (di regola il Sindaco del Comune su cui insiste il Presidio), che riporta il carico degli stupefacenti, lo scarico giornaliero del prodotto farmaceutico utilizzato e la giacenza giornaliera.

Questa nuova modalità di registrazione deve essere utilizzata per metadone, buprenorfina, ma anche per flunitrazepam e GHB. ☺

NOTIZIE IN BREVE

Il dott. Gilberto Gerra, medico internista ed endocrinologo, esperto di fama internazionale nel settore delle dipendenze patologiche, dirigente del Ser.T. di Parma, è stato nominato membro del Comitato Scientifico dell'Osservatorio permanente nazionale sul fenomeno delle droghe, con decreto del Ministro del Welfare Roberto Maroni.

Auguriamo all'amico Gilberto Gerra, operatore pubblico che annoveriamo tra i membri del Comitato Scientifico Nazionale di Fe Der Ser D, un buon lavoro in un ambito tanto prestigioso e delicato.

Il primo numero di Mission ospita l'intervento di Dora Macchia, Direttore del Reparto Sostanze d'Abuso dell'Istituto Superiore di Sanità. Una chiara indicazione per l'interazione del sistema di intervento, dagli operatori professionali alle istituzioni, con un istituto principe per la ricerca scientifica nel nostro Paese.

Sostanze stupefacenti e psicotrope nel terzo millennio

Contributo alla ricerca nell'interazione tra pubblico e privato

Teodora Macchia

Il consumo di droghe ha assunto nel tempo connotati diversi anche in virtù dei cambiamenti di stili di vita che ruotano attorno alle diverse sostanze; ne deriva la necessità di rafforzare, di finalizzare maggiormente conoscenze e interventi utilizzando l'esperienza maturata e l'apporto fondamentale della ricerca.

La connotazione "ricreazionale" del consumo, oggi, sottolinea ancor più l'esigenza di considerare l'individuo nel suo insieme, nel fisico, nella mente, nei comportamenti, nelle propensioni a condotte che predispongono all'assunzione di rischi, rischi vissuti come momenti gratificanti più che come sorgente di pericoli. Combattere la droga è sì contrastare la diffusione delle singole sostanze, ma è anche, e soprattutto, prendersi cura dei singoli individui, possibilmente nel contesto in cui essi manifestano le loro "propensioni al rischio", il loro "atteggiamento" nei confronti delle sostanze psicotrope percepite come strumento di elezione per generare e gestire piacere, emozioni, rendimento e relazioni.

Emerge di conseguenza la necessità di una sinergia ancora più salda tra Istituzioni con competenze diverse, tra sanitario e sociale, tra pubblico e privato, tra operatività di ricerca, fra monitoraggio ed informazione. Per affrontare in maniera efficace la sfida sanitaria e sociale che questi nuovi scenari pongono alla collettività, l'esperienza maturata nel corso degli anni dai servizi, dagli operatori pubblici e privati delle dipendenze rimane necessaria ed insostituibile, ma non sufficiente se non si realizza un'opportuna interazione. Occorre rinforzare l'operatività nel ridurre i rischi derivati dal consumo, ma, in un momento in cui i confini tra trattamento e prevenzione rischiano di divenire più sfumati, è indispensabile sforzarsi di diversificare ulteriormente gli interventi puntando, soprattutto per i giovanissimi e gli adolescenti, a far sì che il consumo di sostanze venga sempre meno percepito come fatto "normale". Ed in questa direzione sono già impegnati diversi gruppi nel pubblico e nel privato sociale con il sostegno della ricerca che deve fornire conoscenze adeguate affinché gli elementi utilizzati siano "corretti", "basati su acquisizioni tecnico-scientifiche" e "credibili". La componente della ricerca è essenziale anche per individuare target cui destinare interventi più specifici. È stato visto, ad esempio, che ci sono soggetti "high-sensation-seekers", caratterizzati cioè da una "necessità" a sperimentare esperienze nuove ed emotivamente forti per le quali accettano di correre rischi pesanti. Tali soggetti sono a rischio di assunzione di sostanze in maggior misura e più precocemente di altri. Su questo target l'Università del Kentucky ha sperimentato un approccio preventivo più mirato che ha prodotto una significativa riduzione (superiore al 30%) dell'uso di sostanze nel periodo di osservazione.

Queste esperienze forniscono ulteriori spunti di riflessione in

uno scenario caratterizzato ancora da problemi socio-sanitari legati agli oppiacei, ma fortemente segnato dalla rapida diffusione di sostanze "ricreative" (come cocaina e sintetiche) che permeano trasversalmente tutto il tessuto sociale riguardando in modo particolare le fasce giovanili della popolazione. Studi e ricerche condotte a livello nazionale nel nostro paese indicano che 1 giovane su 20 (tra tutti i ragazzi intervistati tra i 14 ed i 19 anni di età) ha usato cocaina (1 su 5 se tra coloro che hanno sperimentato sostanze), ed 1 su 27 ecstasy. Anche i dati provenienti dai flussi informativi delle Amministrazioni dello Stato testimoniano una progressiva diffusione nel consumo. Tutto ciò induce alcune riflessioni.

Se è vero che, come risulta da ricerche condotte negli Stati Uniti, meno del 10% dei soggetti che sperimentano sostanze diventano consumatori cronici e dipendenti, è vero anche che la diffusione ed il rafforzarsi nell'uso porta, come accertata conseguenza, all'arruolamento di nuovi consumatori, genera nuovi pattern di assunzione, una quota di abuso sempre più consistente, nuove modalità di consumo che, a loro volta, originano problemi di intervento, di diagnosi e di terapia più complessi da gestire. Questo timore motiva l'attenzione delle Istituzioni e degli operatori, nonché gli sforzi per monitorare nel modo più sistematico ed utile possibile, l'evoluzione dei consumi. Ma già le Conferenze di Napoli e di Genova avevano concluso i lavori sui nuovi consumi sottolineando le difficoltà rispetto alla lettura del fenomeno, difficoltà rispetto alla scelta delle strategie, difficoltà rispetto alle risposte da approntare. Dal lavoro effettuato negli anni successivi, è emerso che tali difficoltà sono in gran parte alimentate dalla mancanza di sistemi di sorveglianza e dalla scarsa sensibilità dei flussi informativi istituzionali nel rilevare consumi diversi da quelli tradizionali. Questa difficoltà è stata rappresentata dalla quasi totalità dei paesi della UE. Pertanto, a livello europeo, sono stati incoraggiati e promossi sistemi informativi integrati che, con il supporto della ricerca, si avvalgono del contributo del lavoro di strada, degli operatori che per formazione e tradizione lavorano a diretto contatto con gli ambiti di aggregazione giovanile e lì dove il consumo ha maggiore probabilità di verificarsi. Di conseguenza, particolare attenzione e specifica allocazione di risorse debbono essere dedicate ai sistemi di monitoraggio (ed alle fonti che producono informazioni). Essi infatti sono in grado di fornire indicazioni pronte e specifiche sui cambiamenti nei comportamenti correnti, nelle mode e nelle modalità di relazionarsi con un mondo che cambia forse troppo rapidamente.

I sistemi di sorveglianza permettono di affrontare in modo corretto ed efficace due grossi problemi spesso oggetto di approcci più "metafisici" che quantitativi:

1. In primo luogo i "Sistemi di Sorveglianza" forniscono indicazioni tempestive sulle novità che intervengono rispetto al passato; 2. In secondo luogo essi costituiscono "l'unica strada" che ci consente di valutare l'impatto delle nostre azioni, degli interventi, delle strategie a livello Nazionale e, comunque, ad un livello che non sia troppo circoscritto.

Va sottolineato che, quando parliamo di Sistemi di Sorveglianza, non dobbiamo limitarci a considerare sistemi specificamente dedicati al fenomeno droga e che certamente rappresentano la struttura portante del nostro problema, ma anche quelli che, pur essendo dedicati ad altre problematiche, raccolgono anche informazioni (dirette o indirette) di interesse per il fenomeno droga. Un sistema di sorveglianza è anche necessario, anzi assolutamente indispensabile, per affrontare con cognizione di causa la questione dei rischi e degli effetti sanitari-comportamentali che ormai sappiamo il consumo di sostanze determina nell'uomo.

I rischi nell'uomo sono incrementati da abitudini e stili di vita che già di per sé rappresentano fattori di rischio, sono confusi in un contesto poliassuntivo che rende difficile l'esame dei singoli fattori, sono modulati da fattori contribuenti quali lo status fisico e psicologico del soggetto, le motivazioni d'uso e le attese circa la sostanza, il contesto ambientale, le situazioni in cui il consumo avviene. In aggiunta una varietà crescente di sostanze caratterizza l'attuale mercato illecito. Questo quadro richiede continui aggiustamenti tra osservazione, verifica, confronto e progettazione; necessita di un approccio multidisciplinare, di sinergia di impegno ed idee da parte delle Amministrazioni e di quanti hanno sviluppato esperienza nella ricerca, osservazione clinica, trattamento e prevenzione nel campo del consumo di sostanze. Con questa ottica è stato costituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il Gruppo Interregionale Droghe Sintetiche. Fanno parte di questo Gruppo rappresentanti tecnici ed organizzativi di tutte le Regioni, delle Province Autonome e delle principali associazioni del Privato Sociale che operano nel settore delle dipendenze.

L'attività del Gruppo tecnico è di discussione, confronto, osservazione, ricerca e progettazione; l'interesse operativo è stato esteso a tutte le sostanze ricreative (con particolare attenzione alla cocaina) e l'attività di ricerca si esplica attraverso la partecipazione attiva in progetti condivisi.

Tra gli obiettivi: ◆ La stima della diffusione del consumo delle droghe sintetiche sul territorio. ◆ Lo studio e la realizzazione di un sistema pilota di monitoraggio, analitico ed osservazionale, sulle droghe sintetiche, le loro caratteristiche, le modalità di consumo, l'impatto sui servizi sanitari e sociali, le conseguenze sulla salute e la sicurezza. ◆ L'individuazione ed attivazione di adeguati meccanismi di osservazione e di studio che necessariamente richiedono un nuovo e diverso coinvolgimento del territorio. ◆ Il coinvolgimento diretto ed attivo del Sistema dei Servizi per le attività di rilevazione, sperimentazione e valutazione. ◆ La costruzione delle premesse per soddisfare le esigenze della Joint Action (Azione congiunta sulle droghe sintetiche ratificata a Strasburgo nel '97 tra i paesi UE) e dell'Eryl Warning System (Sistema di Allerta Rapido per le nuove sostanze promosso dall'Osservatorio sulla droga e le dipendenze). ◆ Lo studio della diffusione del consumo della cocaina sul territorio e nei servizi. ◆ La formazione degli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope tra i giovani.

Questi obiettivi rientrano pienamente tra le finalità sanitarie, tra gli obiettivi europei della Joint Action e tra le priorità segnalate dall'OEDT, tra gli impegni previsti per i servizi per le tossicodipendenze dall'Accordo Stato Regioni per la riforma dei Servizi di assistenza per i tossicodipendenti, nonché tra gli obiettivi individuati nella programmazione di diverse regioni che li hanno inseriti tra le priorità di finanziamento con il Fondo regionalizzato di Lotta alla Droga.

In altri termini, gli obiettivi sono quelli di realizzare le

dimensioni del fenomeno (al di là delle sensazioni soggettive), le modalità e le occasioni d'uso e di diffusione, valutare dove e come indirizzare gli interventi per renderli più efficaci, studiare quali sono le attività e gli assetti organizzativi attuali ed ottimali dei servizi per contrastare tale consumo, non ultimo individuare buone pratiche da valorizzare e diffondere. Contemporaneamente si vuole cercare di sviluppare una pratica di valutazione degli interventi e dei risultati al fine di verificare costantemente il proprio operare, di promuovere le "buone pratiche" rilevate dalle attività dei servizi e rendere così omogenee, incidenti e scientifiche le attività di contrasto messe in atto nei servizi regionali relativamente alla prevenzione, all'informazione, alla clinica ed al trattamento. Un'attenzione particolare è dedicata a promuovere negli operatori e nei servizi pubblici e privati una cultura di attenzione e di intervento centrata anche sulle droghe ricreative recuperando i ritardi dovuti essenzialmente a ragioni di ordine culturale, storico ed organizzativo.

Per lo svolgimento delle attività il Gruppo Tecnico si muove in quattro direzioni: ◆ *Coinvolgere attivamente il sistema dei servizi nazionali, pubblici e privati, impegnati nel contrasto delle dipendenze patologiche e nella riduzione della domanda di droga;* ◆ *Creare una sinergia tra tutte le Regioni italiane per consentire la realizzazione di un sistema conoscitivo e di un modello scientifico di intervento a valenza nazionale, unico modo per valorizzare e stabilizzare le buone pratiche dei servizi.* La responsabilizzazione delle Regioni è determinante dal momento che esse hanno la responsabilità della programmazione e degli indirizzi operativi sul proprio territorio; ◆ *Instaurare rapporti di collaborazione tecnico scientifica con Associazioni, Servizi e Regioni europee, nonché con l'Osservatorio Europeo di Lisbona con la possibilità di collaborare nei Progetti da esso attivati;* ◆ *Stabilire rapporti di collaborazione e di studio con accreditate società scientifiche ed istituti universitari interessati alle ricerche nel campo delle droghe ricreative.*

La modalità di lavoro del Gruppo Tecnico interregionale, nel rispetto delle singole specificità, consente di mettere concretamente insieme capacità, idee, competenze, esperienze, risorse ed ambiti operativi così diversi tra loro allo scopo di raggiungere obiettivi comuni su tutto il territorio. Riteniamo che tale modalità rappresenti essa stessa una buona pratica ed una chance in più per affrontare insieme le sfide del terzo millennio. ↘

RECENSIONI

Daniela Capitanucci e Vincenzo Marino (a cura di),

La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema

Collana "Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso", FrancoAngeli, Milano, 2002 - € 16,00

Il volume prende spunto da un convegno tenutosi a Varese, organizzato dal Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L.

Un ideale percorso, con saggi di noti esperti italiani e stranieri, porta il lettore a contatto con il paziente dipendente da gioco d'azzardo mediante un inquadramento istituzionale, filosofico, psicodiagnostico, neurobiologico e sociologico.

Molte le esperienze concrete di elaborazione di un sistema di intervento territoriale, dalla prevenzione all'approccio di rete, al trattamento individuale e di gruppo in Italia e all'estero.

Non mancano alcune "vissute" testimonianze di giocatori eccessivi in trattamento. Il volume è utile per gli operatori che vogliono avvicinarsi a questa complessa patologia emergente.

Daniela Capitanucci è psicologa psicoterapeuta e coordina il progetto sulla dipendenza da gioco d'azzardo presso la A.S.L. di Varese.

Vincenzo Marino è medico psicoterapeuta e dirige il Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L. di Varese.

PUBBLICITÀ
ESSEX

PUBBLICITÀ
ESSEX

A proposito di efficacia dei trattamenti e di valutazione: un contributo metodologico

Il sistema di valutazione dell'efficacia dei trattamenti del SerT della A.S.L. 4 Chiavarese

*Giorgio Rebolini**, *Giannino Ulivi***

Qualsiasi intervento di tipo clinico impone una valutazione dei risultati da questo conseguiti ("outcome" nella letteratura inglese). Tale valutazione è un servizio nei confronti del paziente perché con la "restituzione" degli indicatori di qualità si arricchisce la capacità dell'équipe di valutare l'efficacia degli interventi clinici e si attiva e riattiva costantemente la crescita professionale degli operatori del servizio. Questa dimensione gruppale orientata a una "cultura del dato" non solo quantitativo ma soprattutto qualitativo è vieppiù necessaria per un corretto utilizzo delle risorse e deve entrare nella formazione permanente del personale che opera nei servizi (P.M. Martellacci, R. Euticchio, 2000).

Se la diagnosi ha lo scopo di orientare il trattamento e di definire la prognosi, ancora troppe volte, rispetto ai problemi così complessi e mutevoli della tossico e alcooldipendenza, le scelte cliniche rischiano di essere basate più su pregiudizi che su presupposti scientificamente fondati.

Già K. Jaspers nella sua *Psicopatologia Generale* faceva questa giusta distinzione tra preconcetti errati, ideologici che definiva "pregiudizi" e valutazioni basate su evidenze scientifiche che considerava "presupposti".

Questa "presupposizione", che si basa sulle evidenze, è ciò che deve sempre più orientare il lavoro nei nostri servizi. La necessità di ottimizzare le risorse evitando gli sprechi, visto che le disponibilità economiche non sono infinite, è senz'altro uno dei motivi che stimola, e stimolerà sempre più in futuro, a render conto dell'efficacia degli interventi. L'obiettivo non è certo di processare e condannare le realtà di intervento o i programmi attuati ma di ridefinirli e renderli più efficaci a rispondere ai reali bisogni espressi dal cliente. Questa cultura si sta affermando nel nostro servizio non senza difficoltà sia teoriche che organizzative ed è impegno di tutti farla entrare nella pratica quotidiana e all'interno di procedure codificate seppur condivise. Tutto ciò richiede tempo e formazione per diventare linguaggio comune ed esperito nella operatività quotidiana, pena la sua non attuazione. Per questo bisogna che siano pianificate tappe che fondamentalmente riassumiamo nelle tre sottoindicate:

1. Attivazione di un sistema di registrazione delle prestazioni
2. Definizione delle procedure e protocolli di trattamento
3. Introduzione nelle procedure di indicatori di qualità che:
 - a) "pesino" il paziente (carico di lavoro per "quel paziente"),
 - b) abbiano validità scientifica essendo validate sulla popola-

zione tossicodipendente, c) siano snelle e utili per i re-test al fine di poter entrare nella pratica quotidiana.

1. Il Sistema di Registrazione delle Prestazioni

Richiede una codifica di tutte le attività sia direttamente rivolte al cliente che non. Vanno quantificati i tempi medi degli interventi e va informatizzata la registrazione delle prestazioni e realizzato un software che permetta di essere aggiornato per rispondere alle domande che inevitabilmente nascono nel momento in cui l'elaborazione statistica consente di evidenziare le varie attività e di individuare i mutamenti delle caratteristiche di chi si rivolge al servizio. La registrazione delle prestazioni va tenuta costantemente sotto controllo e le elaborazioni "restituite" al personale tutto attraverso momenti di confronto e discussione periodici. Questi momenti, attuati mediamente con cadenza semestrale, permettono di far nascere domande e ipotesi che danno senso al continuo aggiornamento dei dati al fine di trovare risposte che genereranno nuove domande e che in modo ricorsivo permetteranno una evoluzione ed un maggiore adeguamento delle politiche del servizio ai bisogni dei pazienti. Tutto questo è stato realizzato a partire dal 1997-98 nel nostro SerT. grazie all'utilizzo del software creato con la collaborazione e l'assistenza dell'agenzia "Sonda Genova", che permette non solo di rispondere in modo puntuale alle richieste di dati dei vari Ministeri (compito dovuto per legge) ma di poter precisare sempre più il carico di lavoro e definire meglio le procedure.

2. Definizione delle procedure e protocolli di trattamento

E' importante codificare delle linee guida o protocolli di trattamento che si differenziano a seconda del livello motivazionale del paziente e della sua capacità ad attivare le risorse interne o esterne che ha a disposizione e a farle evolvere. Il nostro SerT. ha quindi delineato dei Protocolli di trattamento seguendo l'approccio motivazionale orientandosi su descrizioni semplici che avessero nel trattamento farmacologico sostitutivo, antagonista o drug-free e comunitari i loro comuni denominatori. (G. Ulivi, 1997). Questo ha permesso di condividerli con tutto il personale. I protocolli sono quello di Bassa Soglia, orientato fondamentalmente sulla riduzione del danno, quello di Stabilizzazione con sostitutivi, quello di Mantenimento con sostitutivi sia metadone che buprenorfina, quello col Naltrexone, quello Drug-free, quello Comunitario (vedi pubblicazione sul sito dipendenze di PO-IT www.polit.org/ital/droga). Individuati questi, per ogni protocollo si sono definite le prestazioni erogate, in modo da potere non solo quantificarne i costi, ma anche misurarne l'efficacia, definendo obiettivi differenziati a seconda del protocollo nel quale è inserito il paziente. E' evidente che i risultati attesi nel protocol-

*Psichiatra, direttore del Dipartimento delle Dipendenze e dei Comportamenti D'Abuso, **Giannino Ulivi Psichiatra, responsabile unità funzionale "progetti di formazione e valutazione trattamenti"

S T A T U T O

ART. 1 NOME

Il nome della Associazione è: "Federazione italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze", abbreviato FeDerSerD. L'Associazione è senza fini di lucro.

ART. 2 SEDE

La Federazione ha sede legale in Follonica, via Montegrappa n. 18, e sede nominale a Grosseto, viale Cimabue n. 109. La Federazione ha sedi periferiche regionali o sovregionali, come deliberato dal Consiglio e ratificato in Assemblea.

ART. 3 SCOPO

Cardine della filosofia della Federazione è la gestione decentrata sul territorio dei compiti di interesse degli operatori e del sistema dei servizi con sviluppo della autonomia delle Federazioni Regionali.

Sono compiti della Federazione: **a)** Promuovere informazione corretta, attività di prevenzione, formazione e aggiornamento professionale nel campo del consumo, abuso, dipendenze e patologie correlate tra gli operatori del sistema dei servizi attraverso:

- la creazione di una rivista culturale e scientifica;
- la ricerca di contatti e scambi culturali con istituzioni analoghe presenti in Italia e in altre nazioni;
- la organizzazione di simposi e corsi di aggiornamento per operatori del settore, sia a carattere regionale che nazionale. **b)** Promuovere rapporti con le istituzioni nazionali e regionali di carattere politico, ai fini di garantire la coerenza scientifica e operativa delle scelte legislative e organizzative. **c)** Promuovere una cultura del management nel settore delle dipendenze. **d)** Promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte a valutare i danni somatici, psichici e sociali da sostanze di consumo, abuso e dipendenza, le patologie correlate, gli altri comportamenti additivi, i meccanismi biologici e psichici che sono alla base delle alterazioni del comportamento indotte nell'uomo da ogni tipo di sostanze o comportamenti di potenziale abuso. **e)** Promuovere progetti e ricerche sperimentali e cliniche atte a individuare e accertare la obiettività efficacia di qualsivoglia trattamento farmacologico, psicologico, comportamentale e sociale capace di intervenire sullo stato di dipendenza e sulle patologie correlate. **f)** Promuovere progetti e ricerche sociali e giuridiche nel campo del consumo, abuso, dipendenza e dei suoi correlati alla sicurezza sociale e alla giustizia nel quadro delle compatibilità etiche e professionali.

ART. 4 COMPONENTI DELLA FEDERAZIONE**4.1 Tipologia dei Soci**

La Federazione ha tre tipi di Socio: Ordinario, Onorario, Sostenitore. Il Consiglio ha la responsabilità di approvare le richieste di iscrizione alla Federazione.

4.2 Socio Ordinario

Operatori direttamente impegnati nell'assistenza ai dipendenti da sostanze o da comportamenti additivi, pubblici o privati, nonché studiosi della materia, purché residenti in Italia, possono diventare Socio Ordinario.

La domanda di ammissione, alla quale dovrà essere allegato un curriculum vitae viene inoltrata direttamente al Segretario Esecutivo della Federazione, secondo le modalità stabilite dal Consiglio. Tutti i Soci Ordinari possono ricoprire cariche della Federazione.

4.3 Socio Onorario

Il Consiglio può proporre come Soci Onorari professionisti che abbiano dato rilevanti contributi alle ricerche o all'intervento nel campo delle dipendenze. Le nomine sono sottoposte all'approvazione dell'Assemblea.

I Soci Onorari hanno tutti i diritti dei Soci Ordinari, fatta eccezione per il diritto di voto e la possibilità di ricoprire cariche all'interno della Federazione.

4.4 Socio Sostenitore

Sostenitori individuali o organizzazioni che sono interessate allo sviluppo del settore delle Dipendenze. I Soci Sostenitori non hanno diritto al voto e non possono ricoprire cariche sociali e assembleari.

ART. 5 PATTI FEDERATIVI

Alla Federazione possono aderire, con un Patto Federativo, Associazioni, Onlus, Fondazioni, Gruppi formalizzati, che operano nel settore delle dipendenze. Le modalità federative sono fissate dal Consiglio e approvate dalla Assemblea.

ART. 6 QUOTE DI ISCRIZIONE

Il Consiglio stabilisce l'ammontare delle quote annuali. L'anno sociale è l'anno solare e le quote devono essere pagate in anticipo. I Soci Onorari non sono soggetti al pagamento di quote sociali. Un Socio che non paghi la quota annuale entro il periodo di 12 mesi dal ricevimento dell'avviso, perde tutti i diritti di Socio. La reintegrazione del Socio moroso prevede il pagamento di tutte le pregresse somme dovute. Le quote annuali per i soci sostenitori verrà stabilita dal Consiglio Direttivo.

ART. 7 DURATA DELLA FEDERAZIONE

Tutti i Soci possono dimettersi in qualunque momento dandone comunicazione scritta al Presidente della Federazione. In circostanze eccezionali, il Consiglio Direttivo può espellere dalla Federazione un membro che si rendesse responsabile di azioni contrarie ai propositi della Federazione. Detto Socio riceverà comunicazione scritta dell'avvenuta espulsione e delle ragioni che l'hanno causata. Egli ha diritto di appellarsi al Comitato Etico Scientifico

ART. 8 CONGRESSI**a) Congresso Nazionale**

La Federazione organizza un Congresso di norma a cadenza biennale, la cui sede, data e programma vengono stabiliti dal Consiglio Direttivo. In concomitanza del Congresso Nazionale viene indetta una Assemblea dei soci.

b) Riunioni ed altre attività congressuali

La Federazione può tenere Simposi, Congressi e Convegni. Inoltre può sponsorizzare e partecipare ad altre iniziative analoghe promosse da altre Associazioni.

ART. 9 ATTIVITÀ EDITORIALE

Il Consiglio Direttivo può promuovere pubblicazioni atte a diffondere l'informazione nel campo delle Dipendenze, sia in proprio sia in collegamento con iniziative editoriali di livello.

ART. 10 VOTAZIONI

Ciascun Socio Ordinario ha diritto ad un solo voto in tutte le riunioni dei Soci della Federazione. Sono ammesse deleghe per non più di cinque a socio.

ART. 11 ORGANI DELLA FEDERAZIONE

Sono organi della Federazione: **a.** l'Assemblea dei soci **b.** Il Consiglio Direttivo **c.** Il Presidente **d.** Il Vice Presidente **e.** Il Segretario Esecutivo **f.** Il Tesoriere **g.** Il Comitato Etico Scientifico **h.** Il Collegio dei Revisori dei Conti.

ART. 12 L'ASSEMBLEA DEI SOCI

12.1 L'Assemblea è composta da tutti i soci, rappresenta l'universalità dei soci stessi, e le sue deliberazioni, assunte in conformità della legge e del presente statuto, vincolano tutti i soci anche se assenti o dissenzienti. Ogni socio avente diritto di voto e può farsi rappresentare da altro socio mediante delega scritta. Ogni socio ha diritto ad un voto e può essere titolare di non più di cinque deleghe.

12.2 L'Assemblea dei soci deve essere convocata dal Consiglio Direttivo almeno una volta all'anno, per l'approvazione del bilancio consuntivo e preventivo, e quando occorre per la conferma di nomina dei consiglieri e dei revisori dei conti. L'assemblea dei soci deve inoltre essere convocata ogniqualvolta il Consiglio Direttivo ne ravvisi la necessità o quando ne sia fatta richiesta da almeno un quarto dei soci.

12.3 I soci sono convocati per l'Assemblea a mezzo avviso affisso in bacheca presso la sede legale le sedi periferiche della Federazione, di cui verrà data informazione ai soci tramite lettera, o telefax, o posta elettronica recanti ora, luogo e ordine del giorno, almeno venti giorni prima della data fissata. L'avviso di convocazione conterrà anche la data della seconda convocazione.

12.4 Ogni socio ha il diritto di voto per l'approvazione e la modifiche dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli organi direttivi della Federazione. Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti dei presenti e con la presenza di almeno la metà degli aventi diritto al voto.

In seconda convocazione la deliberazione è assunta validamente a maggioranza, qualunque sia il numero degli intervenuti. Per le deliberazioni concernenti le modifiche dello statuto, lo scioglimento della Federazione, la devoluzione del patrimonio, occorrerà, sia in prima che in seconda convocazione, il voto favorevole della maggioranza di tutti i soci.

12.5 L'Assemblea dei soci è presieduta dal Presidente, od in caso di suo impedimento dal VicePresidente, assistito dal Segretario Esecutivo. Delle riunioni si redige un verbale firmato dal Presidente e dal Segretario Esecutivo.

Le votazioni in Assemblea hanno luogo per alzata di mano, oppure, se richiesto da almeno il 20% dei presenti, a scrutinio segreto.

ART. 13 CONSIGLIO DIRETTIVO

La Federazione è retta ed amministrata dal Consiglio Direttivo, costituito da un minimo di 7 (sette) Consiglieri, ad un massimo di 21 (ventuno), eletti dall'Assemblea a scrutinio segreto, oltre a Presidente, Vicepresidente e Segretario Esecutivo, nominati ai sensi degli articoli 14, 15 e 16. Fanno parte del Consiglio Direttivo, secondo le norme definite da un successivo regolamento, i Presidenti delle Federazioni Regionali o Interregionali. Durano in carica tre anni e possono essere rieletti. Il Consiglio è investito dei poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della Federazione, tra cui: **a.** assicurare il conseguimento degli scopi della Federazione **b.** convocare le Assemblee **c.** deliberare l'ammissione dei nuovi soci ed adottare i provvedimenti di esclusione **d.** eleggere il Presidente **e.** eleggere il VicePresidente **f.** nominare i componenti del Comitato Etico Scientifico **g.** nominare il Segretario Esecutivo **h.** nominare il Tesoriere **i.** approvare i bilanci preventivo e consuntivo predisposti dal Segretario Esecutivo. **j.** emanare regolamenti e norme per l'organ-

zazione ed il funzionamento della Federazione **k.** acquistare ed alienare beni mobili ed immobili, accettare eredità e legati, determinare l'impiego dei contributi, delle erogazioni e dei mezzi finanziari a disposizione della Federazione **l.** stabilire l'ammontare delle quote associative per i singoli esercizi **m.** autorizzare l'istituzione delle Federazioni regionali e interregionali **n.** deliberare su ogni questione inerente la vita associativa.

Il Consiglio Direttivo è convocato con la stessa modalità della Assemblea. Per la validità delle deliberazioni è richiesta la presenza di almeno la metà dei consiglieri.

Le riunioni sono presiedute dal Presidente o in caso di suo impedimento dal VicePresidente. Le deliberazioni sono prese a maggioranza. In caso di parità prevale il voto di chi presiede la riunione. Delle deliberazioni del Consiglio Direttivo viene redatto verbale, firmato dal Presidente e dal Segretario Esecutivo. Tre assenze ingiustificate consecutive sono considerate dimissioni dal Consiglio Direttivo. In caso di dimissioni o di impedimento prolungato il consigliere viene sostituito attingendo alla lista dei non eletti, conservata a cura del Segretario Esecutivo.

ART. 14 PRESIDENTE

14.1 Il Presidente è il legale rappresentante della Federazione nei confronti di terzi ed in giudizio. Viene eletto a scrutinio segreto dal Consiglio Direttivo sulla base delle proposte formulate, dura in carica tre anni, e non può essere rieletto più di due volte consecutivamente.

Presiede le Assemblee e le riunioni del Consiglio Direttivo della Federazione. E' responsabile dell'applicazione delle direttive dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo. Assolve le funzioni di coordinatore dei lavori della Federazione. In caso di impedimento le sue funzioni sono svolte, fino alla fine dell'impedimento o alla elezione di un nuovo Presidente, dal VicePresidente. In caso di sfiducia, motivata, votata e sottoscritta dalla maggioranza dei membri del Consiglio Direttivo, il Presidente decade immediatamente e vengono attivate le procedure previste dal presente statuto.

4.2 Presidente Onorario

Ogni tre anni l'Assemblea dei Soci elegge Presidente Onorario una personalità particolarmente distintasi in campo nazionale e internazionale sui temi di maggior interesse della Federazione. La carica non è rinnovabile.

ART. 15 VICEPRESIDENTE

Coadiuvava il Presidente nella esecuzione delle funzioni della Federazione, dura in carica 3 (tre) anni e non può essere rieletto più di due volte consecutivamente. In caso di impedimento del Presidente lo sostituisce nelle sue funzioni. Presiede il Comitato Etico Scientifico.

ART. 16 SEGRETARIO ESECUTIVO

Il Segretario Esecutivo viene nominato dal Consiglio su proposta del Presidente, tra i Consiglieri stessi. E' responsabile della conduzione economica della Federazione, predisponendo per l'approvazione i bilanci preventivo e consuntivo. Coadiuvava il Presidente, in particolare nei compiti previsti negli articoli 4, 12 e 13.

ART. 17 TESORIERE

Il Tesoriere viene scelto tra i Consiglieri e nominato dal Consiglio su proposta del Presidente. Cura il conto di credito della Federazione.

ART. 18 COMITATO ETICO SCIENTIFICO

E' presieduto dal VicePresidente, ed è composto da un minimo di tre a un massimo di sette membri, nominati per tre anni dal Consiglio Direttivo. I suoi membri sono scelti tra esperti del settore. Il Comitato Etico Scientifico si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni: **a.** pareri sul programma di attività della Federazione **b.** elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività **c.** pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Consiglio Direttivo **d.** indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello nazionale. Inoltre si riunisce quando ricorrono i presupposti di cui all'art. 7.

ART. 19 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

E' composto da un Presidente, due membri effettivi e due membri supplenti, nominati dalla Assemblea anche tra persone non associate. La carica è incompatibile con quella di consigliere, dura tre anni ed è rinnovabile.

Ad esso spetta il compito di: **a.** controllare la gestione contabile della Federazione e effettuare accertamenti di cassa, redigere collegialmente la relazione sui bilanci preventivo e consuntivo da presentare all'Assemblea. **b.** Vigilare sull'osservanza delle norme statutarie. **c.** Decidere sui ricorsi contro i provvedimenti di esclusione degli associati e per la riammissione degli stessi, e sulle controversie sottoposte al loro giudizio. I revisori partecipano all'Assemblea che approva il bilancio ed hanno il diritto di assistere alle riunioni del Consiglio Direttivo.

ART. 20 BILANCI

L'esercizio sociale va dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno. Alla fine di ciascun esercizio il Consiglio

Direttivo procederà alla redazione del bilancio da presentare per l'approvazione, unitamente al programma delle attività per il nuovo esercizio ed al preventivo delle spese alla Assemblea da convocarsi entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio. Dalla data di convocazione, bilancio e programma verranno depositati presso la sede della Federazione a disposizione degli associati che intendessero consultarli.

ART. 21 AVANZI DI GESTIONE

E' esclusa la distribuzione di utili o avanzi di gestione nonché di fondi, riserve o capitale durante la vita della Federazione, salvo che la destinazione o la distribuzione siano imposte dalla legge. Tutte le cariche e le funzioni associative sono gratuite. Sono ammessi rimborsi per le spese sostenute per lo svolgimento di funzioni amministrative autorizzate dal Presidente.

ART. 22 COMMISSIONI E GRUPPI DI LAVORO

Il Consiglio può nominare Commissioni scegliendo i membri tra i Soci per l'attuazione di speciali programmi definendo compiti e funzioni. Il Consiglio Direttivo può istituire gruppi sovrazzionali di lavoro, allo scopo di organizzare soci interessati ad approfondire particolari tematiche. Il Presidente, sentito il parere del gruppo e del Consiglio Direttivo, nomina il coordinatore, che riferisce al Consiglio Direttivo almeno una volta all'anno sulle attività del gruppo. E' obbligatoriamente costituita la sezione Formazione, con il compito di promuovere e organizzare le attività formative nel settore, rivolte ad associati ed interessati.

ART. 23 EMENDAMENTI

Per proposta approvata da almeno la metà più uno dei Soci Ordinarî in prima convocazione assembleare e dal venti per cento in seconda convocazione assembleare, il pre-

sente Statuto può essere emendato in tutto o in parte.

ART. 24 PATRIMONIO

Il patrimonio della Federazione è costituito da: **a.** beni immobili e mobili che diverranno proprietà della Federazione **b.** fondi derivanti da eccedenze di bilancio **c.** donazioni, legati, lasciti.

ART. 25 PROVENTI

I proventi con cui provvedere alla attività ed alla vita della Federazione sono costituiti da: **a.** quote associative **b.** redditi dei beni patrimoniali **c.** erogazioni e contributi di cittadini, enti pubblici e privati, società ed associazioni.

ART. 26 FEDERAZIONI REGIONALI

Ogni Regione Italiana o raggruppamento di due-tre Regioni può costituirsi in Federazione Regionale o Interregionale, ai sensi dell'art. 13.

26.1 Soci

Possono far parte della Federazione Regionale i Soci Ordinarî a livello nazionale. Le quote annuali possono essere versate dai soci sia sul c/c intestato alla sede nazionale, sia su quello regionale. Le Federazioni Regionali trattengono il 70% sulle quote riscosse direttamente.

26.2 Istituti e Cariche

26.2.1 Presidente

E' il rappresentante della Federazione Regionale. Viene eletto a maggioranza dal Comitato Direttivo e resta in carica tre anni. Può essere rieletto. Presiede le riunioni dell'Assemblea e del Comitato Direttivo.

26.2.2 Segretario

Viene nominato dal Presidente e svolge anche funzioni di tesoriere. Resta in carica tre anni e può essere rinominato.

26.2.3 Comitato Direttivo

E' composto da un massimo di nove membri eletti a maggioranza dall'Assemblea e resta in carica per tre anni. Elege il Presidente. Prende iniziative per l'organizzazione di manifestazioni scientifiche e culturali in ambito regionale.

26.2.4 Assemblea

E' formata da tutti i soci. Viene riunita dal Presidente almeno una volta l'anno. La riunione è valida se è presente la metà dei soci. In seconda convocazione, si procede a maggioranza. Elege il Comitato Direttivo. Approva il bilancio economico e i programmi scientifici e culturali futuri della Federazione regionale.

ART. 27 SCIoglimento

La Federazione ha durata illimitata. In caso di scioglimento la Assemblea nominerà uno o più liquidatori che provvederanno alla liquidazione del patrimonio secondo le norme di legge. Quanto residuerà esaurita la liquidazione verrà devoluto ad altra associazione con finalità analoghe o a fini di pubblica utilità scelte dai liquidatori in base alle indicazioni fornite dalla Assemblea dei soci, anche secondo specifiche norme di legge.

ART. 28 RICHIAMI DI LEGGE

Per quanto non previsto dal presente statuto si intendono applicabili le norme di legge vigenti in materia di associazioni.

ART. 29 NORMA TRANSITORIA

Nella prima gestione amministrativa, finanziaria e scientifica, e fino alla prima Assemblea, il Consiglio Direttivo è costituito dai soci fondatori. Essi nominano il Presidente, il VicePresidente, il Segretario Esecutivo e il Tesoriere.

Grosseto, sette dicembre 2001

lo di bassa soglia sono diversi da quelli del mantenimento. All'ingresso, nei momenti di passaggio da un protocollo ad un altro e mediamente ogni anno si sono introdotti, nelle procedure del trattamento, degli indicatori di qualità con lo scopo di poter misurare il cambiamento e/o il miglioramento della qualità della vita dei clienti. Sulla base della letteratura si è pensato di utilizzare il Maudsley Addiction Profile Erit-version, coadiuvato eventualmente dall'SCL-90-R, quindi di implementarlo con l'evoluzione del TdEval che è il VALTRAT, VALTRET e VALTRALC, rispettivamente per i trattamenti ambulatoriali per tossicodipendenti, trattamenti residenziali per i tossicodipendenti e trattamenti ambulatoriali per gli alcoolisti e di un questionario sulla soddisfazione degli utenti (TPQ) e, in prospettiva dei familiari, (qualità percepita).

3. Introduzione nelle procedure di indicatori di qualità

L'indicatore di qualità ideale deve essere semplice, snello, praticabile da ogni operatore del servizio, facilmente aggiornabile, informatizzato, permettere una restituzione interessante al paziente e avere quindi una valenza clinica e permettere non solo una valutazione della gravità sui singoli casi attraverso l'individuazione di specifici parametri o "indici di gravità" ma esprimere anche un punteggio che possa essere confrontato con un prima e un dopo al fine di oggettivare il miglioramento o peggioramento clinico. Non sfugge l'indispensabilità, per migliorare la qualità dei servizi, di uscire dalla dimensione della soggettività per passare a quella se non dell'"oggettività" almeno a quella della "oggettività" che consente di uscire dalla auto-referenzialità e permette di valutare gli eventuali ostacoli alla positiva evoluzione del trattamento. Il MAP (Maudsley addiction Profile, Erit version) è lo strumento di valutazione elaborato presso l'omonimo ospedale londinese da J. Marsden che ERIT, dopo uno studio approfondito di tutti gli indicatori reperiti a livello europeo, ha considerato il più adeguato per entrare nella operatività quotidiana di un servizio (J. Marsden, U. Nizzoli, C. Corbelli, H. Margaron, M. Angel Torres, I. Castro de Prado, D. Stewart, M. Gossop, 2000). Intervista breve, strutturata, che raccoglie dati relativi agli ultimi 30 giorni in merito al consumo di droghe legali e illegali, al rischio infettivologico, alla salute fisica e psichica, alle risorse lavorative e relazionali e alle condotte criminali. Richiede circa 12 minuti per la somministrazione, ha un set di misure che permette una somministrazione ripetuta con confronti. E' stato validato su 240 soggetti dipendenti adulti del UK e sulla popolazione italiana, portoghese e spagnola che ne ha con-

fermato l'affidabilità. Il VAL.TR.AT, valutazione trattamento ambulatoriale tossicodipendenti, il VAL.TR.AC per alcoolisti sono strumenti validati su popolazione tossicodipendente e alcoolista che permettono sia una autovalutazione sia una valutazione da parte dell'operatore o dello staff consentendo un punteggio complessivo che permette una "pesatura" del miglioramento o peggioramento. Esiste un programma informatico elaborato da F. Frati e V. Agosti ed è una implementazione del TdEval già utilizzato dalla Regione Emilia Romagna come indicatore dei servizi tossicodipendenze. Nel nostro servizio si pensa utile utilizzarlo come valutazione del gruppo di lavoro e dell'operatore di riferimento (L. Montecchi, F. Frati, S. Poggi, L. Zani, 2000). Ha caratteristiche simili al MAP ma permette un punteggio globale che è utile per pesare il carico di lavoro di un team non solo in termini di numero di casi ma di complessità di questi e di evidenziare con un grafico complessivo l'andamento nel tempo del trattamento del singolo cliente. Il TPQ è un questionario sul grado di soddisfazione del cliente che può completare le indagini precedenti, è composto da 10 items e rapidissimo da somministrare e misura sia la percezione della natura e intensità di contatto con lo staff sia la percezione degli aspetti del trattamento, la sua applicazione, le sue regole e normative. Sino ad ora abbiamo somministrato ed elaborato 3 volte il MAP su 220, 150 e 110 soggetti e stiamo introducendo il VAL. TR.AT e VAL.TR.ALC e introdurremo il TPQ, Treatment perceptions questionnaire che valuta la percezione dell'utente riguardo allo staff e al trattamento attuato.

L'introduzione dei vari indicatori, in base alla nostra esperienza, va effettuata gradualmente (non più di un indicatore all'anno) e dopo aver fatto maturare negli operatori l'utilità di quelli già utilizzati, incentivandone l'uso con "convention" di restituzione dei dati. Importante è utilizzare strumenti validati e snelli e che siano complementari e cioè che effettuino raccolte di dati da diversi punti di vista permettendo un reciproco confronto: osservazione del paziente insieme all'operatore tramite il MAP, osservazione dello staff tramite il VALTRAT o VALTRALC, osservazione del paziente tramite il TPQ.

Confrontarsi con la qualità necessariamente chiama in causa la specifica identità del servizio: che cosa facciamo, con chi e per chi lo facciamo. E' bene chiarirsi che cosa i clienti guadagnano in salute grazie alla nostra esistenza o, meglio, che cosa perderebbero se per una qualche malaugurata sorte il servizio non ci fosse (U. Nizzoli, G. Montanari 2001). ☞

PUBBLICITÀ
CT SANREMO

Presentiamo due Network che hanno aderito, ai sensi dello statuto, a Fe Der Ser D con un Patto federativo. Operare in modo sinergico, pur nelle specificità del proprio mandato originario, è il messaggio che Fe Der Ser D intende affermare nel "mondo" degli operatori, delle istituzioni, delle associazioni, dei gruppi di interesse.

INSERIRE
MARCHIO
ECCAS

ECCAS European Collaborating Centres

ECCAS è un gruppo europeo multidisciplinare di professionisti che lavorano nel campo delle dipendenze. Lo scopo del gruppo è promuovere conoscenze relativamente all'abuso di sostanze psicoattive e al loro impatto sull'individuo, la famiglia e la comunità allargata, attraverso approcci adeguati di tipo scientifico, clinico e sociale e metodi di intervento, nel rispetto delle politiche e delle pratiche nazionali. Benché formalmente istituito nel 1992, l'origine del gruppo, voluto dalla CE, risale al 1989, anno in cui il Consiglio dei Ministri d'Europa affidò una ricerca ad un gruppo di esperti delle varie nazioni europee. Per l'Italia fu scelta la dott. Laura Tidone del Servizio delle Dipendenze di Bergamo. La scelta fu effettuata dai delegati dell'OMS sulla base della valutazione di pubblicazioni internazionali. La dott. Tidone, nominata Presidente Esecutivo per il biennio 1999-2000, è attualmente membro dell'Executive Board.

Quali sono gli obiettivi di ECCAS?

- Progredire nelle conoscenze relative all'abuso di sostanze psicoattive, attraverso attività di ricerca
- Sviluppare approcci che siano pragmatici per la prevenzione e il trattamento dei problemi connessi all'abuso di sostanze e, contemporaneamente, rispettosi dei bisogni dell'individuo, della famiglia, della cultura, delle leggi nazionali e delle convenzioni internazionali
- Diffondere i risultati delle ricerche e gli elementi di pratica clinica
- Valutare l'impatto degli interventi sia preventivi che clinici sull'individuo, le famiglie e la comunità
- Sensibilizzare le agenzie che hanno una diretta o una indiretta connessione con il problema di abuso di sostanze
- Proporre interventi formativi per specialisti del settore e persone in qualche modo ad esso connesse
- Fornire supporto sia generico che specifico ai membri stessi del gruppo
- Sviluppare contatti professionali con simili gruppi o associazioni
- Formulare obiettivi annuali all'interno di ciascuna delle aree programmatiche
- Lavorare per raggiungere una rappresentatività in tutti i Paesi europei
- Assicurare che ECCAS sia rappresentata nelle conferenze e negli incontri politici di rilievo europeo
- Rispondere attivamente a nuovi sviluppi e a nuove sfide nel campo dell'abuso di sostanze

- Trasformare in possibile arricchimento le differenze nazionali sia in campo politico che di pratica professionale

Che cosa ha prodotto ECCAS?

Il gruppo ha condotto, elaborato e pubblicato alcune ricerche, a partire da quella direttamente commissionata nel 1989 dalla CE. Da quattro anni pubblica una monografia riferita ad un tema specifico nel settore delle dipendenze.

Monografia n. 1: "Drug prevention in Europe: the role of treatment centres"

Monografia n. 2: "Methadone substitution therapy in Europe: policies and practices"

La monografia 3, in corso di stampa, è relativa ad una analisi dei dati di mortalità, valutati secondo le diverse metodologie nazionali, la quarta, in preparazione, è relativa ai problemi di maternità e paternità correlati alle tossicodipendenze, l'ultima, in fase di raccolta, è dedicata alla doppia diagnosi.

Eccas organizza un meeting scientifico per la presentazione delle attività di ricerca, in occasione di ogni assemblea generale annuale. Il Substance Misuse Bulletin ospita una pagina fissa per le attività ECCAS.

MEMBRI ECCAS

Denmark	Embedslaege Insitutionen, Ringkoebing
Denmark	Embedslaege Institutionen, Arhus
France	Saint Pierre Nicole, Paris
Germany	Klinik fur Allgemeine Psychiatrie, Essen
Germany	Drogen Meditini SDHE, Mulheim an der Rhur
Greece	Psychiatric Hospital, Thessaloniki
Ireland	Drug Treatment Centre, Dublin
Italy	Dipartimento delle Dipendenze, Bergamo
Italy	Servizio Tossicodipendenza, Padova
Portugal	Centro Atendimento Toxicodipendente, Porto
Spain	Centro de Salud Mental, Oviedo
Spain	Servicio de psiquiatria - Toxicomania, Barcelona
United Kingdom	Division of Addictive behaviour, London

Per ulteriori informazioni

Segreteria ECCAS: Fiona Marshall, Department of Addictive Behaviours, Saint George Hospital Medical School, London, SW 17ORE
Tel. +441817252585 - fax +441817252914 - Email: fmarshall@sghms.ac.uk

Riferimento italiano, Executive Board: Laura Tidone, Dipartimento delle Dipendenze, via Borgo Palazzo 130, Bergamo, Tel. +390352270379
fax +390352270393 - Email: l.tidone@tin.it
ECCAS web address: <http://www.asl.bergamo.it/web/intsert.nsf/pages/ec>

IL NETWORK EURIDICE

Che cosa è Euridice-Network è un programma sperimentale di messa in rete, di sviluppo, di perfezionamento di tutti i progetti Euridice esistenti a livello italiano ed europeo attribuendo un elevato valore aggiunto ed un effetto moltiplicatore agli investimenti finora fatti in questo settore. Il network è tematico. Esso riguarda la prevenzione della tossicodipendenza e la riduzione della domanda di droga nei luoghi di lavoro. Una volta messo a regime potrà confluire nei network ufficiali nazionali ed europei che si occupano di drug addiction e problemi correlati.

Quali sono gli aspetti innovativi

Euridice Network è scientific-based.

Infatti il punto di partenza concettuale di Euridice Network è la necessità di accreditare gli studi di efficacia nei programmi di prevenzione della tossicodipendenza come strumento per soddisfare meglio i bisogni degli utenti e migliorare le politiche di promozione della salute. Euridice Network inoltre è innovativo:

- a) perché nasce dal basso, a completamento di dieci anni di lavoro condotto in Italia ed in tutti i paesi europei impegnati nell'implementazione del progetto Euridice. Esso quindi risponde ad un bisogno reale di fornire stabilità e continuità di azione ad una serie di programmi che in questi anni si sono lentamente costruiti in un settore dell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari povero di interventi.
- b) perché sviluppa un modello integrato alla prevenzione della tossicodipendenza e della dipendenza da sostanze partendo dai bisogni della comunità, rilevati attraverso una azione di ricerca sul campo, e tenendo conto nella progettazione degli interventi del punto di vista delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni imprenditoriali, dei Servizi per le Tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali.

Ruolo delle parti sociali

Le parti sociali (imprenditori e sindacati) sostengono attivamente la realizzazione del network attraverso la partecipazione al Comitato di Coordinamento di cui fanno parte anche gli Enti pubblici e le Aziende Sanitarie Locali.

Trasnazionalità

Il network ha una dimensione europea. Il partneriato è presente nei seguenti paesi: Spagna, Francia, Portogallo, Olanda, Belgio, Malta, Grecia, Germania, Austria, Inghilterra, Danimarca, Finlandia, Svezia, Norvegia e Slovenia. Dal 2003 entreranno a far parte anche Lituania, Bulgaria, Romania, Ungheria, Cipro.

Esso è monitorato da un comitato trasnazionale di cui fanno parte l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Copenaghen) l'International Labour Organization (Ginevra), la Confederazione Europea dei Sindacati (Bruxelles) il Consiglio d'Europa - Gruppo Pompidou (Strasburgo), l'Undcp (Vienna) e l'Osservatorio Europeo sul Monitoraggio della Tossicodipendenza (Lisbona)

Network Skills

Gli strumenti più ricorrenti nello sviluppo del network sono: attività di ricerca, corsi di formazione, scambi di esperti e coordinatori di programma, visite-studio per lavoratori-guida e manager, organizzazione di seminari, produzione di materiale didattico e di documentazione. Il network è dotato di un sito web: www.euridice-network.org, di una rivista Euridice News e sta lanciando un giornale on line multilingue su Substance abuse and Drug Addiction.

Ente gestore

L'organismo che è responsabile dell'implementazione del network è la Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella, Cooperativa di tipo A senza scopo di lucro, fondata nel 1972.

La Regione Sicilia istituisce il Dipartimento Dipendenze Patologiche

*Guido Faillace**

In linea con i tempi e con le politiche socio sanitarie in Sicilia sono state licenziate le Linee Guida Regionali per il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, con il decreto regionale n. 36756 del 31/12/01, promosso dall'Assessore alla Sanità prof. Ettore Cittadini. La recente evoluzione normativa in materia, l'introduzione sul mercato di nuove sostanze d'abuso, il consumo sempre più diffuso di droghe sintetiche e di cocaina impongono una diversa organizzazione dei servizi, che tenga conto dei criteri aziendalistici introdotti nelle AA.UU.SS.LL.

Per una migliore organizzazione dei servizi occorre favorire una nuova cultura di intervento, che permetta un approccio interdisciplinare ed un più efficace livello di integrazione aziendale ed extra-aziendale, nell'area delle dipendenze da sostanze d'abuso o psicotrope, gioco d'azzardo e dipendenze da cibo (anoressia e bulimia).

L'operatività dei servizi deve essere ispirata al principio della "centralità della persona" e delle sue specifiche esigenze.

Le strutture di intervento pertanto devono puntare a conseguire il migliore stato di salute per ciascun soggetto, nella convinzione che nessun individuo è da ritenere irrecuperabile. Il Dipartimento delle Dipendenze si configura come il punto di riferimento per coloro che sono affetti da problemi di dipendenza da sostanze d'abuso legali e illegali, e quale occasione per tutti gli operatori per una più razionale organizzazione degli interventi e delle attività.

Le Aziende USL istituiscono il Dipartimento funzionale delle Dipendenze Patologiche, previsto dall'accordo Stato-Regioni per la "riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" e dal Piano Sanitario Regionale, approvato con decreto presidenziale 11 maggio 2000 (pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale della Regione 2 giugno 2000 n. 26).

Il Dipartimento viene indicato come struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse.

L'attività di programmazione costituisce, inoltre, la base per la formulazione del budget aziendale, il quale si configura come un piano complessivo di azioni, correlate alle risorse finanziarie in rapporto agli obiettivi prioritari dell'Azienda, al fine di soddisfare più efficacemente i bisogni e le esigenze del territorio. Conseguentemente rientra tra le competenze del Dipartimento l'attività di negoziazione con la Direzione Generale dell'Azienda, anche per quel che concerne le risorse (umane, materiali, finanziarie...) da assegnare al settore.

Sono componenti del Dipartimento:

1. Il Direttore del Dipartimento;
2. Il Comitato ristretto;
3. Il Comitato allargato.

Il Comitato ristretto è l'organo di gestione e di programmazione interna del Dipartimento, elabora il regolamento interno del Dipartimento, predispone il progetto generale di intervento, contenente l'indicazione delle priorità, delle possibili soluzioni e delle metodologie operative, in rapporto agli obiettivi generali dell'Azienda, garantisce la pluralità, la trasparenza e la pari dignità dei compiti svolti dalle varie unità operative, secondo un modello di responsabilità diffusa e coordinata. Fanno parte del Comitato ristretto il direttore del Dipartimento, i responsabili dei SerT, una congrua rappresentanza delle altre figure professionali operanti nei SerT.

Il Comitato allargato esprime valutazioni sul regolamento interno del Dipartimento, e formula le proposte per il progetto generale di intervento, predisposto dal Comitato ristretto, anche in relazione agli obiettivi generali dell'Azienda e ai bisogni del territorio.

Il Comitato allargato è composto da: il direttore del Dipartimento; i responsabili dei SerT; il responsabile di unità operativa di educazione alla salute, scelto dal Direttore Generale dell'AUSL; il responsabile del servizio di psicologia; il responsabile del Dipartimento di salute mentale, scelto dal Direttore generale dell'AUSL; un medico di medicina generale convenzionato con l'Azienda USL, nominato dal Direttore Generale; i rappresentanti legali degli Enti ausiliari.

Il direttore del Dipartimento è scelto dal Direttore Generale dell'Azienda USL tra i dirigenti responsabili dei SerT, aventi un'esperienza consolidata nel settore, con un'anzianità almeno quinquennale negli incarichi di direzione.

Resta in carica da tre a sette anni e mantiene la titolarità della struttura a cui è preposto.

I SerT costituiscono le strutture operative di base e specialistiche del Dipartimento delle Dipendenze.

In attesa dell'emanazione di provvedimenti specifici in materia di accreditamento anche dei servizi pubblici, i SerT devono garantire i seguenti livelli minimi di prestazioni: pronta accoglienza e diagnosi; terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope; psicodiagnosi e attività di sostegno e di counselling; attività di riabilitazione; punto focale della ricerca epidemiologica e sociale; partecipazione alle attività del Dipartimento (prevenzione primaria, trattamenti psico-terapici, collaborazione con le varie agenzie di reinserimento sociale e lavorativo).

Il Direttore del Distretto garantisce la gestione delle prestazioni e/o dei servizi esistenti nel territorio di competenza, nonché la realizzazione degli indirizzi e delle linee guida formulate dal Direttore del Dipartimento delle Dipendenze, al quale afferiscono funzionalmente le strutture operative.

Al Dipartimento spetta il compito di assicurare un'effettiva integrazione tra le attività aziendali e quelle degli enti operanti nel settore.

L'obiettivo finale è la parità piena tra il settore pubblico e quello privato, da raggiungere gradualmente attraverso un percorso articolato in varie fasi, tendenti - in presenza di specifici requisiti strutturali, funzionali, organizzativi e di personale - all'accreditamento a livello regionale delle strutture private autorizzate (e quindi iscritte all'albo per la relativa tipologia di interventi) e conseguentemente alla possibilità per le Aziende UU.SS.LL di acquistare, se ritenuto necessario, pacchetti di prestazioni dai medesimi Enti.

Tale sistema potrà consentire all'utente, nell'ottica della centralità della persona, l'esercizio del diritto di libera scelta direttamente tra più opzioni, aventi tutte eguale dignità e valore. ☞

Due iniziative di Fe Der Ser D

CAMPANIA

Convegno

"ADOLESCENZA, DIPENDENZA E AGGRESSIVITÀ"

Giornata di studio e di riflessione sulle tematiche inerenti l'adolescenza e il disagio giovanile. Le manifestazioni nelle situazioni di dipendenza e gli interventi nella prevenzione, cura e riabilitazione.

In collaborazione con: AZIENDA SANITARIA LOCALE CE 2

Teatro Cimarosa, Sala Romano, Aversa

Mercoledì 8 maggio 2002, ore 9.30 - 17.00

Per informazioni: Studioesse, tel. 081 8904040/fax. 081 8907169/E.mail: info@studioesse.net

LOMBARDIA

Convegno

"ABUSO ALCOLICO IN ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI: PATOLOGIA SOMATO PSICHICA E PROSPETTIVE TERAPEUTICHE"

Organizzato con: A.L.T. Onlus - Associazione Lombarda Tossicoidipendenze

Centro Congressi EUREKA - Viale Papiniano, 42 Milano

Mercoledì 12 giugno 2002, ore 9.00 - 17.00

Per informazioni: Cosetta Greco, tel. 02 99513856/E. mail mabuz@tin.it

*Direttore nazionale Fe Der Ser D
Responsabile Ser. T. di Alcamo (Trapani)

PUBBLICITÀ
MORGAN

La linee guida e direttiva nazionale australiane sull'uso della buprenorfina

Nel marzo 2001 è stata licenziata in Australia la Direttiva Nazionale per l'uso della Buprenorfina da parte del sottocomitato dell'Intergovernmental Committee on Drugs (IGCD), *Methodone and Other Treatments*, con finanziamento del Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Curatori sono R. Ali, L. Biggs, B. Dorlego, T. Gill, K. Larkins, K. Moyle, T. Murray, J. Perrin, A. Quigley, P. Rysavy, S. Sunjic, C. Wilson, I. Richards.

Le linee guida sono state preparate per fornire un insieme di direttive più ampio e una struttura per le linee di condotta statali e locali riguardanti il trattamento della dipendenza da eroina con la buprenorfina.

Inoltre sono state pubblicate le Clinical Guidelines and Procedures for the use of Buprenorphine in the Treatment of Heroin Dependence, ad accompagnamento della Direttiva Nazionale sull'impiego della Buprenorfina.

Limitandoci ad un sunto degli argomenti trattati, viene ribadito il ruolo centrale della buprenorfina nel trattamento della dipendenza da oppiacei, alla luce degli studi clinici, nonché la indicazione sia nel trattamento di disintossicazione che stabilizzato. Gli obiettivi generali e specifici del trattamento con buprenorfina sono ribaditi secondo le linee note anche agli operatori italiani.

Enfasi è posta alla ottimizzazione dei benefici della buprenorfina durante la terapia per la dipendenza da oppioidi, in particolare sul necessario equilibrio fra accessibilità del farmaco e qualità della terapia. Linee guida basate sull'evidenza quindi e molto attente al rapporto medico-paziente.

Un capitolo è dedicato alla valutazione per entrare in trattamento con buprenorfina, alla predisposizione al trattamento con buprenorfina, alle situazioni di facilitazione di entrata in trattamento, ai diritti e responsabilità dei pazienti.

La terapia a lungo termine è analizzata nelle sue indicazioni e modalità di conduzione, sottolineando come "i pazienti che ricevono dosi giornaliere di 12-24 mg sono meno inclini a ricadere nell'uso di oppioidi e più propensi a rimanere in terapia". Importante l'attenzione al monitoraggio del paziente in terapia, le indicazioni per l'affido del farmaco, con note di preparazione e responsabilità del paziente, le norme per i trasferimenti e i viaggi all'estero.

Attuali i temi della assistenza post-terapeutica, del training dei professionisti specifici, dei servizi sanitari "allargati" e della assistenza in Carcere.

Più in specifico, per le Linee Guida e le Procedure Cliniche per l'utilizzo della buprenorfina, si riporta l'indice delle stesse, utile per un approfondimento analitico:

SEZIONE 1. FARMACOLOGIA CLINICA

Informazioni generali

- *Sindrome di astinenza da Buprenorfina*
- *Sicurezza ed effetti collaterali*
- *Interazione con altri farmaci*
- *Sintesi delle proprietà cliniche e farmacologiche della Buprenorfina*

SEZIONE 2. INSERIMENTO NEL TRATTAMENTO CON BUPRENORFINA

2.1 PREDISPOSIZIONE AL TRATTAMENTO CON BUPRENORFINA

- *Indicazioni*
- *Controindicazioni*
- *Precauzioni*

2.2 PROCEDURE PER LA DIAGNOSI

2.3 CONSENSO INFORMATO E STORIA CLINICA DEL PAZIENTE

2.4 PERMESSI E REGISTRAZIONE DEI PAZIENTI

SEZIONE 3. LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO

3.1 SELEZIONE DELLE FARMACOTERAPIE PER IL MANTENIMENTO

3.2 COME INIZIARE IL TRATTAMENTO CON BUPRENORFINA

- *Passaggio dall'eroina alla Buprenorfina*
- *Passaggio dalla terapia di mantenimento con Metadone*

3.3 STABILIZZAZIONE

- *Consumo abituale di eroina e ad alto rischio*
- *Regime alternativo per un'induzione rapida al trattamento con Buprenorfina*

3.4 DOSAGGIO DI MANTENIMENTO

- *Dosaggi*
- *Frequenza del dosaggio: a giorni alterni o tre volte la settimana*

3.5 AFFIDO

- *Assenza dalla farmacia per i pazienti non idonei all'affido*

3.6 INTERVENTI AUSILIARI

3.7 PERICOLOSO USO CONTINUO DI DROGHE

3.8 DOSI SALTATE

- *Dose singola saltata*
- *Dosi multiple saltate*

3.9 INTERRUZIONE DELLA TERAPIA DI MANTENIMENTO CON BUPRENORFINA

- *Astinenza provocata dall'interruzione della terapia di mantenimento con Buprenorfina*
- *L'impiego di Buprenorfina per supportare l'interruzione di programmi di mantenimento con Metadone*
- *Passaggio dalla terapia di mantenimento con Buprenorfina al Naltrexone*
- *Passaggio al Metadone*

SEZIONE 4. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'ASTINENZA DA EROINA

4.1 ASTINENZA DA EROINA

- *Definizione dell'astinenza da eroina*
- *Elenco degli obiettivi dei programmi di disintossicazione da eroina*

4.2 ASPETTI NON FARMACOLOGICI NELLA GESTIONE DELLA DISINTOSSICAZIONE DA EROINA

- *Selezione del trattamento*
- *Terapia di sostegno*
- *Monitoraggio*

4.3 LA BUPRENORFINA NELLA GESTIONE DELL'ASTINENZA DA EROINA

- *Efficacia della Buprenorfina paragonata ad altri interventi farmacologici per l'astinenza (riassunto della letteratura)*
- *Il ruolo della Buprenorfina in fase di astinenza*
- *Come evitare la induzione della crisi di astinenza all'inizio della terapia con Buprenorfina*
- *Impiego di farmaci ausiliari in associazione alla Buprenorfina*
- *Persistenza nell'assunzione di eroina e altre droghe*

Chi fosse interessato ad approfondire questi importanti documenti può visionarli nel sito: <http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/nds/index.htm>

Entro poco comunque gli operatori italiani avranno a disposizione questi strumenti.

Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "C"

U.O.C. Prevenzione e Cura delle Tossicodipendenze ed Alcolismo - Ser.T. Distretto XI

Direttore Dott. Claudio Leonardi

Via Appia Antica, 220 - 00178 - ROMA, tel./fax. 06 7803405

Proposta di un Modello osservazionale e valutativo per la buprenorfina nel trattamento dei soggetti tossicodipendenti.

Scopo di tale studio è quello di confrontare una serie di esperienze terapeutiche che implicano l'uso della buprenorfina.

Affinché tutte queste esperienze non rimangano circoscritte ai nostri servizi ed anche per creare, eventualmente un protocollo terapeutico comune sempre più omogeneo e confrontabile, il dott. Claudio Leonardi lancia una proposta di studio multicentrico che, coinvolgendo più servizi per le tossicodipendenze, potrà permettere l'acquisizione di dati e valutazioni più ampie sull'uso di tale molecola come terapia disassuefativa dall'uso di sostanze oppiacee. Lo studio, già iniziato all'inizio del 2002, coinvolge attualmente diversi Ser.T. delle Regioni Lazio, Calabria, Umbria, Toscana, Campania, Liguria, Valle d'Aosta, per un totale di oltre 500 soggetti in fase di valutazione. I dati preliminari relativi a tale modello valutativo sono stati già oggetto di due relazioni in due consensus conference in Regione Campania e Toscana.

I servizi che vorranno aderire a tale studio osservazionale e valutativo o avere ulteriori delucidazioni in merito, potranno contattare il dott. Claudio Leonardi o il dott. Roberto Fagetti c/o il Ser.T. D/XI della ASL RMC al numero telefonico 06 7803405.

E' possibile inviare comunicazioni via e-mail all'indirizzo: claudioleonardi@inwind.it oppure robertofagetti@inwind.it

PUBBLICITÀ
MOLTENI

Un contributo al dibattito sull'uso del metadone: il punto di vista della comunità scientifica in quasi quaranta anni di uso del farmaco negli Stati Uniti.

Un modo semplice e tecnico di rivisionare le indicazioni, i vantaggi e i problemi che l'uso di questo farmaco tanto longevo pone anche negli Stati Uniti.

Una conferma dell'importanza di questo strumento per i nostri pazienti.

Sul Mount Sinai Journal Medicine (ottobre-novembre 2000, n. 5-6: pp. 347-364), a cura di H. Joseph, S. Stancliff, J. Lngrod, (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Service - USA) è stata pubblicata una review dal titolo "Trattamento di mantenimento con metadone: raccolta di risultati storici e clinici".

Il contenuto è così riassumibile: "il trattamento di mantenimento con metadone - MMT è stato valutato fin dal suo sviluppo nel 1964 come una risposta medica all'uso estensivo di eroina dopo la II° Guerra Mondiale a New York. I risultati dei primi studi più importanti sono stati consistenti. Il trattamento di mantenimento con metadone riduce e/o elimina l'uso di eroina e la frequenza di morti e criminalità associate all'uso di eroina, e permette di migliorare le condizioni di salute e la produttività sociale dei pazienti. Inoltre, l'arruolamento dei pazienti nei programmi di mantenimento con metadone può ridurre potenzialmente la trasmissione di

malattie infettive come epatiti ed HIV associate all'uso di eroina per via iniettiva. I principali effetti del trattamento di mantenimento con metadone sono: alleviare il craving da oppiacei, sopprimere la crisi di astinenza e bloccare gli effetti euforici associati all'uso di eroina. La maggior parte dei pazienti per raggiungere questi effetti richiede dosi di metadone comprese tra 80-120 mg/die, o più, e per un periodo di tempo indefinito, poiché il trattamento di mantenimento con metadone è correttivo ma non curativo della dipendenza da eroina. Dosi più basse potrebbero non essere efficaci né provvedere all'effetto di blocco dei recettori. Il trattamento di mantenimento con metadone è giudicato dal punto di vista medico come sicuro e non sedativo. E' inoltre indicato nel trattamento delle donne in gravidanza dipendenti da eroina. Una raccolta di risultati curata dall'Istituto di Medicina e dall'Istituto Nazionale della Salute ha definito la dipendenza da oppiacei una malattia cronica e ha

affermato che il trattamento di mantenimento con metadone in associazione a programmi di assistenza sociale è il trattamento più efficace per queste situazioni. Queste agenzie raccomandano di ridurre i regolamenti governativi per facilitare ai pazienti l'accesso al trattamento.

Inoltre, raccomandano che se il problema di dipendenza da oppiacei nella nazione deve essere tenuto sotto controllo, il numero dei programmi deve essere ampliato, e nuovi modelli di trattamento devono essere implementati. L'Istituto Nazionale della Salute raccomanda inoltre che il trattamento di mantenimento con metadone deve essere disponibile per persone in supervisione legale, quali persone con libertà condizionata, persone con libertà vigilata e carcerati. Tuttavia, i pregiudizi diretti ai programmi ed ai pazienti hanno impedito l'espansione e l'erogazione di servizi efficaci. Se questi impedimenti sono vincenti è necessaria la leadership della comunità dei professionisti per educare la gente comune. ☞



Sede legale: Viale Europa n. 11/B, 58100, Grosseto

I soci fondatori di Fe Der Ser D

- Bernardo Grande, sociologo, Calabria**
- Antonio d'Amore, medico, Campania**
- Guido Faillace, medico, Sicilia**
- Alessandro Coacci, medico, Toscana**
- Alfio Lucchini, medico, Lombardia**
- Claudio Leonardi, medico, Lazio**
- Norberto Pentiricci, medico, Umbria**
- Luciana Bacci, psicologa, Toscana**
- Giorgio Serio, medico, Sicilia**
- Maurizio Fea, medico, Lombardia**

Il Direttivo nazionale

In questa fase il direttivo nazionale è composto dai soci fondatori. Le cariche definite fino alla prima assemblea sono le seguenti:

- Presidente: Alessandro Coacci,**
- Vicepresidente: Bernardo Grande,**
- Segretario esecutivo: Alfio Lucchini,**
- Tesoriere: Luciana Bacci**

Su base statutaria, la prima assemblea procederà alla nomina dei membri del direttivo su base federale regionale. Oltre ai soci fondatori sono già consiglieri candidati Ezio Manzato, medico, Veneto e Edoardo Polidori, medico, Emilia Romagna. L'assemblea procederà altresì alla ratifica e/o nomina degli organismi scientifici e di controllo previsti dallo statuto.

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 45,00 per i laureati e a € 25,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 4196.06 intestato a FeDerSerD presso Monte dei Paschi di Siena Filiale 2703, Grosseto - Agenzia n. 1 - Via Monte Rosa, n. 80 **ABI 1030 CAB 14397**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

Alla scheda di iscrizione il richiedente dovrà allegare il proprio "Curriculum Vitae" datato e firmato. Il Presidente procederà al rilascio della Tessera, che darà testimonianza dell'accoglimento dell'istanza di iscrizione all'associazione in qualità di Socio Ordinario.

ANNO 2002- RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____
 PROFESSIONE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL _____
Chiedo: di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (Fe Der Ser D)
 _____ li ____ / ____ /2002 Firma _____
Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)
Estremi ricevuta versamento _____
Parere del Segretario Esecutivo Favorevole Sfavorevole Firma _____
Visto per approvazione: Il Presidente _____

Sped. abb. post. - 45% - art. 2, comma 20/b, Legge 662/96 - Filiale di Milano. - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
 In caso di mancato recapito inviare all'Ufficio di Milano CMP Roserio detentore del conto per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la relativa tassa