

Dipendenze: il valore dell'intervento territoriale e delle normative	1
Intervista	3
Antonio Guidi	

LEGISLAZIONE

La Corte Costituzionale annulla il Decreto del giugno 2002	4
Il DPR 309/90: una legge a tutela dell'affidamento terapeutico del metadone	11
Claudio Leonardi	

ORGANIZZAZIONE

Documento approvato dal Direttivo nazionale di FeDerSerD	5
Documento nazionale sulle politiche delle tossicodipendenze	6
CNCA-SAMAN-Gruppo Abele	6
Il Governo Clinico nel Dipartimento per le Dipendenze	8
Norberto Pentiricci	8
Piano Sanitario Regionale 2003-2005 Regione Umbria	8
Si è costituita l'organizzazione regionale Abruzzo e Molise di FeDerSerD	18
Pietro D'Egidio	18
Direttivo nazionale di FeDerSerD	39

NOTIZIE IN BREVE

Tavolo nazionale tra FeDerSerD, CNCA e FICT	7
Nominata e convocata la Consulta Ministeriale Tossicodipendenze	7
Una riflessione del Presidente di FeDerSerD Alessandro Coacci	19
Progetto: Fai Bere solo il tuo motore	23
Percorso comune di FeDerSerD e SITD Piemonte/Valle d'Aosta	28

CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE

È possibile un miglioramento della relazione infermiere-utente	13
Marcellina Bianco	13
Al lavoro la commissione nazionale Medicina complementare di FeDerSerD	16
Alcol: un problema multidimensionale	20
E. Manzato, R. Caccavari, G.L. Galimberti, A. Mosti, B. Sanfilippo, G. Cerizza, G. Greco	20
Prevalenza e severità della comorbilità psichiatrica in 10 tipologie di disturbi di abuso o dipendenza	22
M. Riglietta, M. Campana, L. Tidone	22
Tabagismo	32
P. Zuccaro, K. Fagerstrom, B. Tinghino	32
Formazione, crescita professionale, progetto terapeutico	37
Achille Saletti	37

FeDerSerD/FORMAZIONE

Healthcare Executive Master Management e Comunicazione	25
FeDerSerD, ISTUD	31
Corsi Brevi - ECM	31
Premio "Molteni per la Tossicodipendenza", in collaborazione con FeDerSerD	31

RECENSIONI

N. Caputo, Canne al vento	7
A. Nettuno, Il lavoro terapeutico di gruppo	23
A.M. Benaglio, L. Regoliosi,	35
Ripensare la prevenzione	38
M.G. Sforza, V. Egidio, Su di spirito	38

LETTERE/DIBATTITI

Carlo Petrella, Concetta Cimino	40
---------------------------------	----

Mission

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



Dipendenze: il valore dell'intervento territoriale e delle normative

L'ASL Salerno 1, con il patrocinio della Regione Campania e del Comune di Cava dei Tirreni, ha organizzato il 6 febbraio scorso, in collaborazione con FeDerSerD, una Consensus Conference sul tema: "Nuove prospettive operative, organizzative e gestionali nel settore delle Dipendenze Patologiche".

Dal convegno di Cava dei Tirreni, che ha visto importanti presenze di esperti del settore pubblico, del privato sociale e delle istituzioni, oltre a quasi 400 operatori del settore, ed ha analizzato da ogni punto di vista le caratteristiche e le conseguenze della revisione del D.M. 444/90, per la organizzazione, la dipartimentalizzazione e l'integrazione, riportiamo una sintesi dell'intervento in sala e una intervista che il Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute, on. Antonio Guidi, ha rilasciato a Mission.

Il primo punto che il nuovo Governo ha curato nel rivedere gli impegni per il Dipartimento Affari Sociali nel quale afferiva la tossicodipendenza (di cui già mi occupai nel 1994) è stato la avocazione presso la Presidenza del Consiglio del comparto tossicodipendenze, pur lasciando al Ministero del Welfare e al Ministero della Salute alcune competenze specifiche.

Credo che questo sia importante perché certe tematiche come quella della tossicodipendenza hanno aspetti trasversali, non solo medici ma anche sociali, e quindi questa possibilità di un osservatorio non solo ministeriale ma di Presidenza del Consiglio può dare frutti immediati, più complessivi e se vogliamo più coerenti con questa realtà.

Il Prefetto Pietro Soggiu, commissario di Governo per le politiche antidroga, sta lavorando in maniera alacre e probabilmente nei meandri più impervi dei Dipartimenti certi risultati avrebbero richiesto un periodo più lungo, come si vede dagli anni in cui si sono lasciati gli operatori in un limbo.

Quello che vorrei dire e che ho sempre detto come sottosegretario pro tempore anche all'interno del comitato interministeriale ma soprattutto tra colleghi, assessori regionali, presidenti e soprattutto operatori, io credo che bisogna fare molta chiarezza, altrimenti veramente continueremo ad identificare i servizi per le persone con tossicodipendenza, con dei sottoscala, delle strutture fatiscenti e marginali.

Quello che bisogna chiarire è che l'intervento nel settore delle tossicodipendenze, non può essere residuale, ma come altri interventi, salute mentale, disabilità, anziani che hanno una valenza sociale molto alta, sono il cardine e se vogliamo il volano di tutto l'intervento sulla salute.

Perciò i modelli, come dovrebbero essere e purtroppo non sempre sono, di attività in rete, per esempio dei servizi

Difendiamo sempre la pace
Ristabiliamo rapporti con l'Islam
Valorizziamo le energie non fondamentaliste
Rita Levi Montalcini

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO II, 2003 - N. 5

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Luciana Bacci, Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Guido Faillace, Claudio Leonardi, Ezio Manzato, Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Giorgio Rebolini, Giorgio Serio

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 21, 20066 Melzo (MI), tel./fax 0295736995

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16, S. Giuliano Milanese (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

Chiuso in redazione il 31 marzo 2003

Edizione fuori commercio
Tiratura: 5.000 copie



per le tossicodipendenze, ma anche quelli per l'età evolutiva, per la psichiatria, sono dei modelli che la sanità dovrebbe prendere, scusate il giro di parole, a modello; invece accade il contrario, ancora.

L'ospedale è importantissimo, è ancora il punto di riferimento prioritario di chi amministra, di chi gestisce. La chirurgia, è essenziale. La clinica medica, è essenziale. Sono fondamentali ma richiedono interventi, magari superspecialistici. ma molto localizzati in luoghi come ambulatori, reparti chirurgici, in letti, ecc.

Dobbiamo promuovere la cura, ma anche tutelare la salute.

Per funzionare bene il settore delle dipendenze non può che porsi come struttura che si occupi dei momenti acuti, della diagnosi fino al progetto obiettivo individualizzato, dove deve essere coinvolta anche la famiglia, deve anche ampliare gli interessi verso le malattie collegate alle tossicodipendenze, con strutture ambulatoriali, ma anche ospedaliere; il tutto in un collegamento con le forze dell'ordine, gli enti locali, i servizi sociali, le comunità, gli interventi di prevenzione nelle scuole, gli interventi di riabilitazione.

Questo dovrebbe porre i servizi in favore delle persone tossicodipendenti non come residuali ma come modello per una nuova salute e anche una nuova cura, dove il territorio, lo diceva già la legge di riforma sanitaria del 1978, è centrale.

Oggi che si hanno meno soldi (certamente avere meno soldi non fa piacere) nel bisogno dobbiamo aguzzare non solo l'ingegno e l'arte di arrangiarsi, ma l'arte di analizzare quello che accade.

Privilegiare il territorio non è uno slogan.

Privilegiare il territorio è indispensabile, altrimenti cureremo sempre di più e avremo sempre meno salute. Dobbiamo spostare sul territorio una maggiore integrazione con i consultori familiari, l'ascolto per gli adolescenti, l'intervento sui disagi minimi con cui ad esempio possiamo bloccare l'aggressività.

Non c'è più un modello di tossicodipendenza che socializza.

Oggi assistiamo a scelte legate molto alla sofferenza individuale: penso ad una ricerca che ha condotto l'Istituto Superiore di Sanità che preannuncia come la depressione nel prossimo ventennio sarà la malattia più grave del nostro Paese.

Il tossicodipendente per me non è un vizioso, esiste purtroppo un approccio moralistico verso il tossicodipendente, è sicuramente un malato, un malato "per un certo periodo", e come tale deve essere curato, ma superata la fase acuta, c'è questo passaggio non dico di consegne, ma di strategia socioriabilitativa, con gli enti locali, con il mondo del lavoro, con le comunità. Ma "a termine", non come luogo dove si vive per tutta la vita, riproponendo nuove emarginazioni.

I servizi per le tossicodipendenze non devono più essere una scomoda ruota di scorta.

Spesso così negletti che certi finanziamenti destinati pigliano, a livello territoriale, altre vie, magari per emergenze sicuramente importanti: ma quante volte ho visto soldi che la commissione da me presieduta destinava a progetti sulle tossicodipendenze, che andavano a finire in altri settori critici come la spesa farmaceutica e quant'altro!

Questo chiaramente non può essere accettato, intanto perché la persona tossicodipendente non curata soffre, non curata tende a coinvolgere altre persone, diventando non volendolo promotore di nuova marginalità nella famiglia e in persone a rischio.

Dobbiamo essere orgogliosi che abbiamo anche il Ser.T., dovrebbe essere, ripeto, una realtà che sia volano per altri settori per qualificare tutto l'intervento sanitario.

Dobbiamo avere due grandi missioni, quella della diagnosi e cura, e quella della prevenzione. Due punti ancora importanti: uno è sullo stigma che è fondamentale così come lo è in psichiatria; a chi non capisce e magari preferisce stornare fondi verso altri settori considerando il tossicodipendente un perdente, bisogna dire: basta con la storia dell'inguaribilità.

La persona tossicodipendente è incurabile e può essere solo *metadonizzata*?

No, l'inguaribilità è lo stesso discorso fatto nella psichiatria degli adulti, legato all'inguaribilità e alla pericolosità. Bisogna chiarire che non è vero o non lo è quasi mai, se non quando il tossicodipendente è lasciato solo.

Il secondo punto, e concludo, è quello della dipartimentalizzazione.

Da questo punto di vista, quando mi faranno una lapide, penso che me la faranno a Sorrento, dove ho scoperto di avere una tomba, ecco sulla lapide si scriverà "era un dipartimentologo", perché mi sono sempre battuto per un dipartimento infanzia e età evolutiva che non sia subalterno alla psichiatria degli adulti.

Così per le Dipendenze necessita un Dipartimento chiaramente identificabile, con i suoi Servizi, e collegato ad altri Dipartimenti.

Su questo anche in commissione tossicodipendenze con il Prefetto Pietro Soggiu, ho fatto sentire la mia: chi si occupa di tossicodipendenze deve collegarsi costantemente con la psichiatria, con l'età evolutiva, collegarsi, lavorare insieme, ma non confondersi.

Essere autonomi nelle scelte specifiche ma collegati ad un sistema.

Questo è gratificante per gli operatori, ma anche gli utenti che sanno a chi rivolgersi, cosa chiedere e dove andare e non mi sembra cosa da poco.

Io vi auguro buon lavoro e sono assolutamente a vostra disposizione, non solo stamattina, ma nel proseguo della vostra attività. ✍

On. Guidi, cosa ne pensa della ricaduta a livello regionale del decreto del giugno 2002 (modifiche al D.M. 444/90)?

Che tutte le Regioni applichino il decreto mi sembra corretto dal punto di vista della linea, ribadendo che solo entro certi limiti lo Stato può influenzare le Regioni.

È evidente che per far sì che le Regioni recepiscono, contribuiscano con ogni territorio nella sua specificità, a valorizzare il decreto anche adattandolo ai nuovi e vecchi bisogni, occorre una interlocuzione costante Governo-Regioni al di là delle leggi, al di là dei decreti.

Io credo che questo si può fare soprattutto con un dialogo serio, dove per cominciare gli interventi sulle tossicodipendenze non possono avere una dimensione marginale; secondo, e riprendo la mia relazione in sala, devono essere superate le "mentalità dell'inguaribilità" della persona tossicodipendente, che viene più giudicata a livello morale e non come un malato da curare e se possibile da riportare in modo integrale nella società civile.

Mi sento di considerare il decreto accettabile in sé, anche se imprescindibile dai livelli decisionali di ogni Regione.

Cosa ritiene importante per l'accreditamento delle strutture?

Direi che mai come adesso si sta cercando di introdurre il concetto di qualità, è così nei servizi delle specialità mediche, così per i trapianti e le chirurgie, bisogna che anche in un settore critico come quello di intervento delle tossicodipendenze si qualificano i servizi introducendo livelli di qualità costantemente verificabili. Non basta la presa in carico della persona tossicodipendente, ma occorre valutare il percorso terapeutico. Qualcosa di simile avviene nello sviluppo della psichiatria. Dobbiamo fare delle linee guida. Auspico che si definisca un percorso e dei tempi certi, come responsabile di settore a livello di segretariato. Necessita una definizione da parte della Conferenza Stato-Regioni, nel più breve tempo possibile. Dire una scadenza precisa per questo lavoro oggi sarebbe ingiusto perché bisogna perseguire la via migliore per coniugare una necessità su tutto il territorio nazionale che sia salvaguardia di una scelta condivisa.

Tornando al decreto di giugno, non le sembra che si spinga troppo nella definizione dei poteri tra pubblico e privato e inoltre, cosa pensa di questa stigmatizzazione dei SerT come luogo ad esempio di cronicizzazione, affermazione che traspare nettamente nel decreto?

Credo che qualunque provvedimento legislativo, soprattutto oggi, non solo è perfettibile, ma va adeguato calandosi nella realtà locale. E quindi in alcuni punti deve essere generico, proprio per lasciare alle Regioni e soprattutto alle ASL la giusta applicazione.

Torno un po' indietro, addirittura alla 833, l'avevamo scritto con la penna d'oca e ora siamo al computer: il punto fondamentale è che non vi è valorizzazione dei Distretti.

Rispetto al provvedimento legislativo in alcuni punti è a maglie larghe, in alcuni punti si può essere d'accordo o no, è più stringente, proprio perché la polemica sui Dipartimenti è talmente forte che era meglio enfatizzarla un po'.

Non so se è sbagliato.

In questo momento devo dire che è stata la mediazione più alta possibile in considerazione della disparità di vedute da territorio a territorio, si è preferito segnare, marcare molto forte il discorso della dipartimentalizzazione. Può essere giusto, può essere sbagliato.

Nel calare la norma nella realtà locale si può modulare entro certi limiti quello che forse il provvedimento in alcuni punti non chiarisce del tutto oppure in altri punti marca troppo.

Come per tutti i livelli di assistenza, il Governo, la Conferenza Stato-Regioni, propongono punti di riferimento, che poi calandosi nella realtà, vanno a modularsi in maniera, non dico completamente diversa perché saremmo veramente oltre



la devolution, però anche i livelli di assistenza, pur marcati vengono modulati nella realtà locale.

Anch'io come tecnico posso avere delle perplessità, ma considero importante marcare una specificità, perché quello che manca al nostro intervento è la specificità di cui tante volte abbiamo detto "è la ruota di scorta di altri servizi", che poi sono meno utili di altri ma costano migliaia di volte di più. Quindi questa marcatura è importante per specificare meglio la essenzialità di questo servizio, modulandolo a livello regionale.

Sul secondo quesito le considerazioni che sembrano punitive per il Ser.T. non devono essere considerate in tal modo.

Al di là del beneficio per il singolo soggetto, sono servizi preziosissimi, così il Ser.T., il Servizio di riabilitazione, il Servizio psichiatrico, i Servizi infanzia ed età evolutiva.

Hanno un'utilità di modello al di là del beneficio sulla singola persona, perché sono modelli futuri.

Ma proprio perché mentre, lo sappiamo per quello che la cronaca ci dice, certe prestazioni organizzative sono facilmente codificabili, certificare la qualità dei servizi socio-sanitari è difficilissimo ed è il mio impegno personale da cittadino, da ex utente, da sottosegretario pro tempore in qualche modo esterno ad un corpo ministeriale, che ovviamente capisco.

Noi dobbiamo certificare la qualità dei servizi come valenza sanitaria, non in un'ottica sanzionatoria, ma in un'ottica di valorizzazione; forse qualcuno ha scritto il provvedimento pensando male, ha sbagliato. Quello che voglio dire io, non mettere sotto accusa, ma porre dei livelli, il principio di responsabilità in questi settori serve a valorizzare gli operatori e non metterli continuamente in discussione o sotto osservazione.

Non voglio nascondere che la omogeneità non sia totale su questi punti nella coalizione governativa: del resto io credo che la democrazia di un governo si misuri anche su voci, non dico discordanti – perché allora uno si dimette – ma voci con culture diverse che concorrono a far raggiungere un obiettivo. Tutti sanno, per esempio, che io all'interno della compagine governativa, sono abbastanza deciso nel dire che l'ottica ragionieristica non è l'ottica vincente rispetto ad una prospettiva di salute, ma capisco pure che senza soldi, per gli sprechi del passato, non si possono tracciare le guide del futuro.

Il problema non è quanto si spende, ma come si spende, e quanto si possano riqualificare servizi inutili a favore di servizi utili.

Cosa ne pensa del ruolo della Comunità Locale nel settore delle dipendenze, ampliato nelle disposizioni legislative degli ultimi anni?

Credo che questa carta di credito possa essere estremamente positiva in una collaborazione stretta Ser.T., Comunità terapeutiche, Assessorati, Consorzi di Comuni, per cui, più carica di responsabilità la comunità locale deve emergere, deve dimostrare di essere all'altezza di accreditare e di favorire e determinare dei miglioramenti.

Questo vuol dire che il servizio in rete valorizza chi è bravo. Quindi non è una delega in bianco.

È evidente che in Regioni con territori a bassa rete, con visione economicista, il potere dato ad alcune Comunità può essere preoccupante. Ma dipende dal livello di vigilanza autocritico e responsabile di chi è delegato a farlo. Che non può essere la quadratura del bilancio economico.

La spesa sanitaria è destinata ad aumentare, per la comparsa di vecchie patologie, nuove patologie, allungamento della vita, eccetera. Dovremo trovare nuove forme di finanziamenti, ma non di tagli, bensì di recupero delle risorse sprecate, magari anche utilizzando i progetti dell'Unione Europea. Dico questo perché soprattutto al Sud sono poco utilizzati e mi sembra una cosa incredibile.

Importante è avere una ASL, avere un Distretto, avere una Regione che controllano; non solo l'alibi della presa in carico; questa parola sta diventando un incubo, non è solo la presa in carico, il numero delle persone che alla fine affluiscono ad un servizio che conta, ma quanto tempo e che progetto obiettivo si ha sulla singola persona e sulla sua famiglia.

Da questo punto di vista se passiamo dalla visione della presa in carico, pur importante, alla visione dell'analisi dell'aderenza, superiamo i concetti pubblico o privato o comunità.

Vedrete che i furbi si scottano le mani sul discorso dell'aderenza.

È l'analisi reale del progetto obiettivo sulla persona quello che serve, non dietrologia che non serve a nessuno, soprattutto a chi soffre.

Come vede il rapporto nella articolazione dei poteri dello Stato, che in questo momento sembra critico?

Questo fenomeno di devolution, di regionalismo, mi fa pensare: ma siamo sicuri che è solo in questa regionalizzazione, che io sogno solidale e non che spacchi l'Italia, che abbiamo qualcosa di nuovo?

Ma l'Italia, le Italie non erano spaccate da prima?

Al di là del fatto che la Sicilia ha una autonomia che neppure la devolution più devolution prevede, ma lasciamo perdere.

Oggi l'Italia ha venti sanità, ma l'Italia ha sempre avuto 100 sanità, 1000 sanità.

Allora due punti critici, il regionalismo solidale può servire intanto all'interno a ridare omogeneità di erogazione di servizi. Perché la cosa che non si dice mai è che con l'aziendalizzazione delle ASL possono anche peggiorare le differenze, e che non solo fra Regione e Regione, ma all'interno della stessa Regione abbiamo paesi vicini con differenze enormi.

Il regionalismo deve concretizzarsi nella capacità di essere ente regolatore che stabilisce diritti e doveri omogenei all'interno del territorio della Regione stessa.

Quindi è una conquista.

Se poi deve servire per avere il passaporto tra una Regione e l'altra abbiamo toppato tutti.

Io mi aspetterei da voi che fate dei servizi in rete, quindi siete modello dei modelli, che all'interno della Regione ci sia un'omogeneità di trattamento.

Perché non è possibile che una ASL, e qui parliamo di sperperi, per una risonanza magnetica utilizzata tre ore al giorno spenda miliardi e per assumere due psicologi ci metta cinque anni, ma stiamo scherzando!

Facciamo un consorzio di ASL per utilizzare quel macchinario 24 ore al giorno anche per il rispetto dei tempi di vita e di lavoro delle persone.

Quindi insisto, lo spettro della disomogeneità regionalistica lo posso anche vivere con preoccupazione ma lo vedo come grande chance che dando più poteri alle Regioni, porti finalmente ad omogeneità all'interno del proprio territorio.

Visto che siamo in Campania, devo dire che l'ultimo colloquio che ho avuto con il Presidente della Giunta, l'on. Antonio Bassolino, è stato estremamente gratificante e lungo, perché abbiamo parlato della essenza della costruzione della salute in questa Regione, con una voglia enorme di collaborazione. Infatti quando si assumono certe cariche le appartenenze partitiche non devono più esistere, pur rispettando le specificità culturali.

Una considerazione finale...

Sì, un ultimo punto: ma siamo sicuri che insistere tanto sulla debolezza è corretto: fasce deboli, persone deboli.

Invece di guardare le incapacità non è meglio valutare le capacità residue come modello di lavoro? Ecco credo che le persone che noi definiamo deboli, sono deboli nella misura in cui noi le definiamo tali, perché i Servizi, la cultura ancora non c'è.

Voglio dire, un disabile che ha tante difficoltà a scuola è un debole o è un esempio di forza per tanti altri e nonostante una difficoltà in più ce la fa.

Un tossicodipendente che esce dal problema è un debole o uno forte che ce la fa.

Io parlerei più che altro di persone a rischio, oppure di persone con una difficoltà in più. Certo non si può negare l'errore degli anni '70, del dire che siamo tutti uguali.

Enfatizzare la debolezza sia del cittadino che si identifica in quella fascia e si sente più debole, non fa bene alla salute, sia nell'amministrazione, dove continuano a dire che ci occupiamo delle fasce deboli, sembra che ci occupiamo degli "sfigati". Dovremmo fare uno sforzo di enfatizzare il meno possibile la debolezza e magari parlare di difficoltà. ✍

Intervista a cura di Antonio d'Amore e Maurizio D'Orsi - membri del direttivo nazionale FeDerSerD.

Ringraziamo il collega Franco Santangelo, direttore del Ser.T. di Cava, nostro iscritto, per la bella iniziativa.

LEGISLAZIONE

La Corte Costituzionale annulla il decreto sui principi di organizzazione dei Ser.T. del giugno 2002

Come previsto la Corte Costituzionale ha annullato il decreto del giugno 2002 con il quale il Ministro della Salute ha dettato, in accordo con quello del Lavoro, "disposizioni di principio" sull'organizzazione e sul funzionamento dei Servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali.

Nella sentenza n. 88 recentemente depositata la Corte ha stabilito che "non spetta allo Stato determinare ulteriori limiti organizzativi e funzionali in materia di Ser.T. con forme e modalità non riconducibili alla speciale procedura di determinazione dei livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario legislativamente stabilita".

Hanno così trovato accoglimento i ricorsi per conflitto di attribuzione proposti dalla Regione Emilia-Romagna e poi dalla Provincia

autonoma di Trento (vedi l'ampio articolo in Mission n. 4-2002).

Entrambe avevano contestato al decreto di limitare, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, la propria autonomia.

I giudici sono stati d'accordo: il decreto ministeriale, hanno tra l'altro scritto nelle motivazioni della sentenza, "limita in modo ulteriore, rispetto alle disposizioni regolamentari, l'autonomia organizzativa di Regioni e Province autonome in materia sanitaria"; violato anche "lo specifico procedimento di consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano", "quindi il principio di leale collaborazione". Quindi si "rende illegittima la compressione dei poteri delle Regioni e delle Province autonome".

Riportiamo il documento approvato dal Direttivo nazionale di FeDerSerD nella riunione del 29 novembre 2002.

Riteniamo che oggi più che mai i veri attori del "fare" e del "pensare" sulle dipendenze in Italia devono ri-assumersi il ruolo tecnico e istituzionale che in trenta anni di attività hanno costruito nel Paese diffuso.

Si lasci a chi lavora di occuparsi del soggetto di interesse: le persone con problemi di abuso e dipendenza.

Per chi è duro d'orecchio ribadiamo che questa è la mission di FeDerSerD.

Il Direttivo nazionale di FeDerSerD si rivolge a tutti gli operatori del servizio pubblico e agli operatori professionali del privato, alle forze politiche e sociali, alle istituzioni, alla sensibilità dei cittadini tutti, a salvaguardia del sistema di intervento in Italia, base per lo sviluppo di una vera politica di contrasto alla droga

Affiora in atti e linee guida di alcune Regioni, nonché in provvedimenti e tendenze dichiarate degli indirizzi programmatori dello Stato, la volontà di ridimensionare il ruolo del Servizio pubblico nel settore delle dipendenze patologiche.

FeDerSerD riafferma tale ruolo come garanzia della "funzione pubblica" nella lotta alla droga.

I Servizi in Italia, i Ser.T., sono una risorsa preziosa che va usata e valorizzata con pacatezza ed equilibrio, senza nascondere limiti ed eterogeneità di livelli e qualità, che caratterizzano per altro tutta la sanità italiana.

La strada per migliorarli e valorizzarli sta nell'arrivare a definire una normativa che sia puntuale ed inequivoca, nel ridefinirne i compiti in rapporto alla trasformazione della patologia (che è anche diversa da territorio a territorio), nell'attivare processi di valutazione, nel valorizzare la esperienza e conoscenza del territorio di tanti operatori, per costruire programmi di informazione, prevenzione e promozione di stili di vita sani.

È necessario monitorare le trasformazioni del territorio e dei fenomeni con osservatori epidemiologici che permettano di attivare nuove risposte terapeutiche e nuovi interventi di cura in rapporto alle trasformazioni delle condotte di abuso e uso.

È necessario ripensare i programmi in Comunità come base per poter sviluppare la scelta di percorsi terapeutici efficaci e condivisi.

Tutto questo nel rispetto delle scelte del paziente, aiutandolo nella promozione di una motivazione al cambiamento delle condotte tossicomane.

Il trattamento delle dipendenze rappresenta un percorso complesso con inter-

venti di tipo biomedico e psico-sociale. Gran parte delle sostanze psicoattive, ad esempio, agiscono come droga perché colpiscono il cervello e i centri del piacere dove avvengono profondi cambiamenti neurobiologici.

La cura ha obiettivi sia relativi all'uso di sostanze, che alle risorse personali e allo stato di salute.

Gli interventi multidisciplinari sono una offerta dei Servizi e una scelta per il paziente.

Ricordiamo che per i pazienti in cura nei Ser.T. si evidenziano questi dati: il 70% dei pazienti lavora, il 75% non usa più droga, non vi sono morti per overdose, sono enormemente ridotte le nuove infezioni HIV.

FeDerSerD, ben consapevole che il fenomeno è complesso, riafferma la necessità che la risposta organizzativa richiede un "servizio complesso", come presa di posizione contro le scelte orientate alla semplificazione sia dei singoli interventi che degli orientamenti complessivi di lettura delle problematiche.

Il dato acquisito della "individualizzazione degli interventi" trova forza nella conseguente "specializzazione" delle risposte.

Il recente imponente Congresso di Cernobbio ha dimostrato che su queste linee si muovono i Servizi italiani.

Il Dipartimento delle Dipendenze, come definito dall'intesa Stato Regioni del 1999, è il luogo di programmazione degli interventi e di regolazione del sistema su base territoriale.

I modelli possibili sono vari, devono tenere conto anche della realtà regionale e locale, ma non possono prescindere da un concetto di base: i partecipanti alla programmazione devono essere parte del sistema fino in fondo, accettandone le regole.

Ribadiamo quindi l'incongruità che il privato solo "autorizzato al funzionamento" sia considerato parte del livello decisionale, come previsto dal DM del giugno scorso.

Ribadiamo anche che agli operatori del settore interessa cogliere l'applicazione a livello regionale degli atti di intesa Stato Regioni del 1999 (sull'accREDITAMENTO del sistema di intervento e sui modelli organizzativi): i primi segnali che provengono dalle Regioni, sono contraddittori e spesso negativi.

Non tanto per la ridefinizione in corso dei poteri tra lo Stato, le Regioni e i Comuni, di cui nessuno vuole negare la complessità, quanto per una tendenza economicistica e svalutativa del servizio pubblico che dimostra scarso interesse per le persone dipendenti da sostanze e per le loro famiglie.

Una esasperata e irrealistica concorrenza tra pubblico-privato o una artificiosa e pericolosa devolution del sistema, sarebbero tendenze gravide di rischi seri per la salute dei cittadini e per le prevedibili conseguenze economiche e di bilancio della sanità.

FeDerSerD auspica politiche volte a fare partecipare il sistema professionale privato alla programmazione degli interventi ed alla allocazione efficace delle risorse, evitando il ricorso a forme negative di concorrenzialità tra pubblico e privato, fondate su presupposti ideologici che ne indeboliscono anche l'efficacia sul piano del contenimento della spesa.

FeDerSerD riafferma che la certificazione degli stati di tossicodipendenza e di alcolismo deve rimanere esclusivamente a carico del Servizio pubblico, in quanto oltrepassa i limiti della normale certificazione clinica assumendo implicazioni sostanziali di tipo medico legale.

FeDerSerD si impegna per garantire la libera scelta, l'accessibilità e la gratuità delle cure.

FeDerSerD richiama le autorità competenti ad investire nella prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze nelle varie forme, ed anche nella ricerca scientifica, da sempre negletta.

La Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze si propone come riferimento, con i propri referenti regionali, di tutti gli operatori del sistema dei servizi, per un'opera di sostegno nei compiti istituzionali e di difesa dei livelli essenziali di assistenza. ✍

Approvato all'unanimità dal Direttivo nazionale di FeDerSerD, su specifico mandato della Assemblea generale degli iscritti, riunitasi a Cernobbio durante il Congresso Nazionale

Riunione tenutasi in Grosseto in data 29 novembre 2002

CNCA-SAMAN-GRUPPO ABELE

Documento nazionale sulle politiche delle tossicodipendenze

Le continue trasformazioni che hanno connotato in tutti questi anni il fenomeno della domanda e dell'offerta di stupefacenti costituiscono la causa di un progressivo ampliamento ed articolazione dei bisogni assistenziali e sanitari delle persone tossicodipendenti.

L'invecchiamento della popolazione di eroinomani, l'innesto dell'Aids sulla tossicodipendenza, il policonsumo, le designer drugs, ecc. richiedono un'accurata differenziazione e specializzazione degli interventi, all'interno di criteri guida quali l'individuazione delle prestazioni, la tempestività e precocità delle stesse, un'attenta sinergia tra apporti sociali ed apporti sanitari.

Il sistema complementare dei servizi che in questi anni si è cercato di costruire e sviluppare, risulta oggi molto articolato, sia all'interno degli strumenti farmacologici, che di quelli terapeutico-riabilitativi.

Attori a pari titolo, ma ciascuno con le proprie competenze e funzioni, ne sono i Ser.T., il privato sociale, il volontariato.

Nel corso degli anni '90 due Atti d'Intesa hanno definito standard e parametri riguardanti i progetti, le prestazioni, le professionalità, gli organici e gli assetti dei servizi sia dal punto di vista funzionale che strutturale, preparando il terreno per l'imminente passo degli accreditamenti e per la creazione di un sistema accreditato di interventi nell'ambito delle dipendenze.

Il lavoro di questi anni è stato di continua ricerca e ridefinizione.

Progressivamente alla validità parziale ed all'efficacia relativa di ogni strumento di intervento se ne aggiungevano altri, costituendo poco per volta un insieme di opzioni preventive, terapeutiche e riabilitative sempre più vasto e ricco, andando a creare quel know-

how, lentamente sedimentato nel tempo, che oggi costituisce, territorio per territorio, il patrimonio di conoscenze e di assetti organizzativi da cui si attinge per una sempre più efficace personalizzazione degli interventi.

È all'interno di quest'ambito che vengono garantiti al meglio i diritti alla cura ed alla salute delle persone tossicodipendenti malate ed in difficoltà.

Il sistema complementare dei servizi non è ancor oggi compiuto e può essere ulteriormente implementato; con la valorizzazione delle sue migliori esperienze, anche molto diverse per obiettivi e metodi, ma *congruenti* rispetto alla finalità complessiva di una strategia di contrasto alle differenti problematiche aperte dal consumo e dall'abuso delle droghe.

La strategia dei quattro pilastri (lotta al traffico, prevenzione, cura-riabilitazione, riduzione del danno) che oggi l'Unione Europea propone agli Stati membri tramite l'Osservatorio di Lisbona, viene confermata quale la più efficace.

Ad essa non si può pervenire se non tramite un sistema integrato di interventi, ben programmato, ben coordinato, ben verificato.

Il Dipartimento per le Dipendenze appare oggi, tra gli strumenti indicati, la modalità più utile per svolgere le funzioni di programmazione, coordinamento, verifica.

È configurabile come un dipartimento dei servizi accreditati, con un dirigente che possieda titoli e requisiti richiesti, che non sia a sua volta titolare di un servizio diretto dal Dipartimento e che risulti garante di tutto il sistema.

All'organismo dipartimentale fa capo l'Assemblea di dipartimento, con funzioni consultive in chiave programmatica e di analisi dei bisogni, a cui par-

tecipano tutte le rappresentanze degli enti che, direttamente o indirettamente, hanno un ruolo nella collaborazione per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e la riduzione dei rischi delle problematiche di pertinenza.

È importante, considerata la delicata ma essenziale questione dell'integrazione tra interventi sociali ed interventi sanitari, la partecipazione, all'interno di un dipartimento funzionale ma con poteri forti, degli Enti Locali da cui dipende la spesa sociale e la definizione dei L.E.A.

Nella collaborazione all'interno del Sistema complementare degli interventi, la certificazione di tossicodipendenza rimane prerogativa di una funzione diagnostica multidisciplinare che non può non far capo al Ser.T. (o al suo equivalente previsto dall'Atto di Intesa), considerate anche le delicate e complesse questioni legali ed amministrative connesse (carcere e pene alternative, patenti...).

Ciò non preclude la possibilità di libero accesso e di accesso diretto alle diverse strutture, nell'ambito di uno scambio di informazione, di collaborazione nell'integrazione della prestazione, nella predefinita di un "tetto" programmato per i diversi possibili interventi da parte dei servizi accreditati.

L'area delle dipendenze e degli interventi connessi è oggi di nuovo oggetto di ampio dibattito e discussione.

Se si vogliono raggiungere i diversi e variegati obiettivi possibili, ampliando il numero di "esiti positivi" ed al pari tempo diminuendo la mortalità, aumentare il numero di utenti in trattamento ed allo stesso tempo agire sulla riduzione della domanda; ecc. ... è impensabile prevedere una efficacia dell'ampia gamma di interventi necessari e nello stesso tempo non portare la spesa programmata del settore (regionale ed aziendale) almeno all'1% del budget complessivo della sanità.

Oggi siamo ancora allo 0,8%. ✍

Novembre 2002

Insediato un tavolo nazionale tra FeDerSerD, CNCA e FICT

Sabato 8 marzo, a Montecatini Terme, si sono incontrate le delegazioni nazionali di FeDerSerD, CNCA e FICT. Erano presenti il Presidente nazionale Alessandro Coacci e il Segretario nazionale Alfio Lucchini per FeDerSerD; il Presidente nazionale Lucio Babolin, la Vicepresidente nazionale Teresa Marzocchi e il dirigente nazionale per le dipendenze Riccardo De Facci per il CNCA; il Presidente nazionale Don Egidio Smacchia, il Vicepresidente nazionale Don Celestino Zanoni e il dirigente nazionale Maurizio Mirandola per la FICT.

Riunione storica e ad altissimo livello, nata con un obiettivo ambizioso: sviluppare un sistema di alta integrazione tra pubblico e privato sociale nel nostro Paese. L'intervento in Italia sulle droghe segna uno stallo preoccupante e richiede l'unione delle forze che rappresentano i soggetti accreditati del settore.

Molte preoccupazioni sono infatti emerse dagli attori che per quattro ore hanno delineato alcuni temi di riflessione da affidare al calendario dei lavori del tavolo.

La confusione del periodo, ai vari livelli, centrali e regionali, è stata analizzata in relazione all'applicazione (o non applicazione) delle intese Stato-Regioni di quattro anni fa sul sistema dei servizi e sull'accreditamento.

Per non parlare della legge 328 del 2000 di riforma del sociale, che vede "frenate e sterzate" nella sua applicazione con uno sminuimento delle potenzialità innovative.

I LEA sanitari e sociali, il loro riconoscimento non puramente economicista, il vero collegamento con i diritti di cittadinanza, sono stati temi di analisi negli interventi dei presenti. Su questi punti si è decisa una velocissima ricognizione Regione per Regione dello stato dell'arte.

Il tema delle professionalità, sia pubbliche che del privato, che si sono costruite nell'ultimo quarto di secolo e che rischiano seriamente di non vedere un futuro decoroso tra devolution selvaggia e inadempienze di ogni natura delle amministrazioni deputate (disconoscimento di rette adeguate, gioco al ribasso negli standard, ghettizzazione degli operatori dei Ser.T.) ha trovato un UNANIME grido di allarme da parte del tavolo. Su questo argomento verranno assunte iniziative chiare e puntuali.

Nel prossimo incontro, fissato nella prima decade di aprile a Bologna, si entrerà nel merito di un tema fondamentale, il "Dipartimento delle Dipendenze".

Le tre delegazioni hanno anche deciso di intensificare a livello centrale, ma specialmente delle singole Regioni, iniziative comuni.

NOMINATA E CONVOCATA LA CONSULTA MINISTERIALE TOSSICODIPENDENZE

Ad oltre due anni dall'ultima riunione dell'organismo previsto dal DPR 309/90, a fine febbraio si è riunita la nuova consulta degli esperti sulle tossicodipendenze.

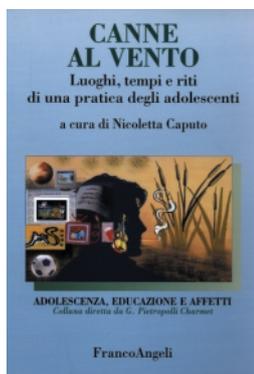
Il Ministro del Welfare on. Maroni ha firmato il decreto di nomina dei componenti, che scendono da 70 a 55.

Le più vive felicitazioni per i nominati, gli auguri per un

lavoro che si preannuncia difficile e che tenteremo di riportare su Mission, in particolare per gli aspetti che riguardano lo sviluppo del sistema di intervento nel nostro Paese sulle dipendenze.

In altra parte del giornale viene presentata una dovuta riflessione della dirigenza nazionale di FeDerSerD.

RECENSIONI



Nicoletta Caputo (a cura di)

Canne al vento

Luoghi, tempi e riti di una pratica degli adolescenti

Collana Adolescenza, educazione e affetti diretta da Gustavo Pietropoli Charmet
pp. 144, € 13,00 - cod. 8.16 (V)

"Quando il gruppo non fuma si sente vuoto, se fuma sta bene"; "... fumando si sta meglio anche con i professori"; "... ti senti come in un sogno e ridi, ridi, ridi...".

Per interpretare qualche "segnale di fumo", occorre capire quali siano i valori, gli ideali, le credenze, le aspettative che i giovani hanno nei confronti dello "spinello",

approfondendone miti affettivi e rappresentazioni. Cosa significa per un sedicenne milanese fumare una "canna"; che cosa lo spinge a dire di sì o di no a chi gliela offre; quale reazione immagina possano avere i suoi coetanei... E i genitori, cosa penseranno? E gli insegnanti?

Il presente volume è frutto di un'esperienza reale, condotta all'interno della scuola, che ha coinvolto studenti, insegnanti e genitori, insieme ad esperti, consulenti e operatori dei Servizi ASL Città di Milano, rendendo ognuno di loro parte attiva di un percorso di conquista e condivisione della cultura preventiva in qualità di "esperti della cultura" di ciascun gruppo di appartenenza. In tal senso, si è cercato di dare visibilità ai pensieri, ai dubbi e alle incertezze, registrando una domanda espressa dal territorio, al fine di stabilire un rapporto di reciproca collaborazione finalizzata alle attività preventive da progettare insieme.

Nicoletta Caputo, psicologa, ASL Città di Milano.

Il Governo Clinico nel Dipartimento per le Dipendenze

*Norberto Pentiricci**

Nel riproporre il nuovo Piano Sanitario Regionale 2003-2005 la Regione Umbria ha operato scelte di continuità con l'impostazione del precedente, fondata sulla politica della riduzione del danno.

In controtendenza con le indicazioni e gli atti del Governo tesi a rigettare tale scelta di politica sanitaria, ritenuta troppo blanda e permissiva basata sulla somministrazione controllata di farmaci sostitutivi, non orientata verso percorsi di recupero residenziali appannaggio del privato sociale, le scelte sono ricadute nell'alveo dell'evidenza based medicine, soprattutto in considerazione del fallimento dell'approccio proibizionista.

Tale scelta nasce soprattutto dalla necessità di rendere l'accesso al sistema sanitario equo, garantendo allo stesso modo prestazioni essenziali di elevata qualità, in un contesto sociale votato storicamente al welfare, dove forte è la richiesta del cittadino di partecipazione alle scelte che riguardano la tutela della propria salute e di quella della collettività.

Questa ineludibile consapevolezza nell'eterogeneo panorama delle risorse che nell'area delle dipendenze si muovono storicamente dai primi anni settanta, modifica sostanzialmente le posizioni ed i rapporti fra i diversi soggetti-attori del pubblico e del privato sociale e anche del volontariato che interagiscono nella costruzione di un sistema integrato dei servizi.

Passaggio fondamentale diviene la deliberazione della Giunta Regionale Umbra n.1057 del 20 luglio 2002 che recependo l'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 traccia la strada per la costruzione del nuovo sistema dei servizi dell'area delle dipendenze, dove si ribadisce la necessità di un'offerta di un orizzonte terapeutico complessivo con prestazioni e risposte a bassa soglia che si affiancano in modo complementare ed integrato ai diversi ed articolati percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il punto di forza dell'impianto organizzativo, ma non solo dal punto

di vista tecnico operativo, è il Dipartimento per le Dipendenze che se pur tecnico-funzionale, e qui bisognerebbe aprire un'ampia parentesi sul modo di intendere tale modello, è garante dell'effettivo coordinamento tra tutte le unità operative afferenti; gli obiettivi si collocano all'interno della cornice rappresentata dalla riduzione del danno ed interventi drug free.

Il primo elemento critico è rappresentato dall'evidente difficoltà di coniugare sia filosoficamente che operativamente l'idea originale del Dipartimento con la tendenza ad esasperare, non sempre in maniera giustificata, il tecnicismo da una parte e la vocazione socio-educativa del privato sociale dall'altra, elementi di impostazione sostanziale che tendono a rendere poco partecipati e condivisi i livelli decisionali.

Ci troviamo di fronte ad una scelta fondamentale culturale in un campo talmente vasto e variegato che riguarda la collettività intera, oltre gli utenti-clienti del sistema e gli operatori dello stesso.

Proprio questa lontananza dei livelli decisionali della politica dalla realtà quotidiana della tossicodipendenza ha nel tempo esasperato conflitti ideologici ingiustificati ed anacronistici.

Il percorso che accomuna i diversi servizi verso scelte di miglioramento della qualità.

Passa attraverso il governo clinico, la costruzione cioè di appropriate relazioni funzionali tra le diverse componenti della aziende sanitarie con responsabilità cliniche ed organizzative.

La specificità che rende il modello tecnico-funzionale del Dipartimento per le Dipendenze unico e perciò non assimilabile ad altre organizzazioni dipartimentali, quali quelle dell'area della salute mentale, della tutela materno-infantile, della riabilitazione – per citare alcuni esempi – è la coesistenza all'interno di soggetti aziendali cioè strutturati nell'organizzazione aziendale e soggetti extra-aziendali quali le comunità terapeutiche, le unità di strada ecc.

Questa peculiarità rende il Dipartimento per le Dipendenze particolare ed atipico nella sua costruzione e nella sua articolazione organizzativa e gestionale. ↘

* *Direttivo nazionale FeDerSerD - Direttore Dipartimento Dipendenze, Azienda USL n. 1 Regione Umbria.*

Piano Sanitario Regionale 2003-2005 Regione Umbria Area Dipendenze - Promuovere il governo clinico - Aree di performance

Le aree prioritarie di valutazione e miglioramento della qualità nell'area delle dipendenze

La realizzazione di un'organizzazione competente, funzionalmente articolata, capace di esprimere compiutamente tutte le conoscenze e il saper fare patrimonio degli attori accreditati che si muovono nell'area delle dipendenze, passa necessariamente attraverso la definizione di una corretta programmazione di interventi ed elaborazione di percorsi di valutazione.

Il progetto di sistema integrato dei servizi nell'area delle dipendenze nasce in continuità con il precedente PSR, dove l'architettura che sosteneva le azioni da realizzare per il perseguimento degli obiettivi di salute, era ispirata alla realizzazione del Dipartimento per le Dipendenze tecnico funzionale, luogo deputato alla integrazione delle risorse, programmazione, valutazione degli interventi.

L'ulteriore definizione di livelli di qualità del sistema dei servizi compatibile con il modello organizzativo dipartimentale tecnico funzionale richiede uno sforzo da parte di tutte le risorse ricomprese nello stesso sistema verso un comune obiettivo di qualità che si realizza attraverso il governo clinico.

L'approccio biomedico alle dipendenze richiede contributi che non si esauriscono nel circuito sanitario, pur nella sua multidisciplinarietà, ma si arricchisce di competenze e livelli di intervento che richiedono un contesto di continuità dell'azione di contrasto alle dipendenze.

La L. 328/2000 ha ampiamente delineato i riferimenti cui ispirare le azioni dell'integrazione; su questo obiettivo comune il Dipartimento per le Dipendenze si orienta verso l'acquisizione di standard operativi basati su chiari riferimenti scientifici improntati ad un approccio non ideologico,

corroborato dall'evidenza clinica, condiviso, che valorizza le risorse umane quale patrimonio del saper e saper fare.

La partecipazione allargata di tutte queste componenti è il principio fondante del governo della pratica clinica.

Nell'area delle dipendenze il governo clinico rappresenta la strategia che permette di perseguire obiettivi di miglioramento della qualità attraverso la costruzione di percorsi appropriati che individuano le corrette relazioni all'interno dell'azienda tra le diverse responsabilità che afferiscono all'organizzazione dipartimentale e si esprimono compiutamente nella realizzazione del sistema integrato dei servizi.

Proprio l'integrazione rappresenta il valore aggiunto che permette una corretta gestione delle risorse ed una offerta di qualità nei percorsi assistenziali nell'area delle dipendenze. L'integrazione si realizza sia all'interno dell'azienda con la costruzione delle appropriate relazioni funzionali tra le diverse responsabilità cliniche ed organizzative, che all'esterno con la partecipazione attiva e coordinata degli altri attori accreditati e presenti a pieno titolo nel sistema integrato dei servizi.

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello organizzativo che favorisce ed inte-

gra i molteplici saperi che nelle dipendenze debbono trovare piena applicazione sulla base della "gestione basata sull'evidenza".

Il Dipartimento per le Dipendenze favorisce l'approccio multidisciplinare attraverso il coordinamento delle diverse ed autonome unità che ad esso afferiscono nell'ottica tecnico-funzionale.

Il governo clinico delle dipendenze si realizza attraverso la costruzione nelle aree di performance individuate di obiettivi specifici rivolti al miglioramento della qualità, performance queste definite (= capacità di funzionamento di un'organizzazione data dal rapporto tra risultati ottenuti [outcome] e risorse impiegate [input]) e quindi misurabili.

• **Sicurezza** - Si intende la condizione in cui operatori ed utenti (clienti) sono assicurati dai rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dell'ambiente in cui viene erogata.

Particolare attenzione va posta sui possibili danni agli utenti causati da insufficiente attenzione e salvaguardia della privacy, possibili generatori di conflitti e conseguenti azioni di emergenza.

• **Efficacia** - In termini quantitativi si esprime come il grado di salute aggiunta e di patologia evitata quali conseguenza degli interventi valutati come cambiamento o scostamento da una situazione iniziale precedente agli interventi stessi.

La valutazione deve prendere in considerazione indicatori che siano in grado di misurare i risultati raggiunti sui tre assi utilizzati per la definizione diagnostica, cioè la situazione relativa lo stato di tossicodipendenza

intesa come valutazione medico-tossicologica, psicologica, qualità della vita e livello di funzionamento globale.

• **Appropriatezza** - Le performances relative debbono consentire la valutazione degli interventi per l'aspetto riguardante i benefici attesi. È auspicabile ed opportuno che comunque i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbilità, discomfort, perdita di gg.lavorativi, ecc.), siano nettamente inferiori ai benefici attesi, in un contesto di riferimento dell'intervento coerente con processi assistenziali utilizzati basati su evidenze scientifiche.

Complessivamente il sistema integrato dei servizi realizza un modello di continuità assistenziale all'interno del quale è possibile individuare i percorsi più idonei al perseguimento degli obiettivi di salute dell'utente.

• **Coinvolgimento degli utenti** - La presenza degli utenti, dei familiari nell'elaborazione di percorsi di qualità nell'area delle dipendenze, rappresenta un valore insostituibile nel patrimonio delle conoscenze e del sapere che deve costituire un elemento irrinunciabile nella costruzione del "saper fare".

La costruzione di un linguaggio comune è la via principale verso lo sviluppo di strategie rivolte alla modifica della percezione sociale delle tossicodipendenze, del tossicodipendente e delle cure.

La partecipazione del cittadino utente apporta competenze utili e fondamentali per l'individuazione dei bisogni e la valutazione del soddisfacimento degli stessi, rendendo il complesso dell'offerta del sistema dei servizi condiviso e rispettoso dei princi-

pi di eguaglianza, informazione, utilizzo e buon uso delle risorse.

• **Equità** - L'accesso ai servizi del sistema integrato deve essere garantito a tutta la popolazione indipendentemente dalla provenienza geografica e senza alcuna discriminante per età, sesso, razza, religione, livello di istruzione.

I trattamenti terapeutici debbono essere equamente accessibili a tutta l'utenza nel rispetto di regole non discriminatorie formalmente esplicitate che consentano un giusto e corretto esercizio delle attività offerte dal sistema integrato dei servizi.

L'applicazione delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi deve essere erogata in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi.

• **Efficienza** - Esprime il grado di utilizzo ottimizzato delle risorse che nell'ambito delle dipendenze sono certamente più limitate che in altri settori, e il grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda. Fra le dimensioni che contribuiscono al governo clinico, certamente l'efficienza si colloca come elemento strutturale fondamentale per la programmazione in un'area caratterizzata dalla rapidità di evoluzione e dal costante cambiamento degli stili di consumo, definizione che comprende un ampio spettro di dipendenze patologiche.

L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impiegate (input), collegato evidentemente al concetto della valutazione delle prestazioni intese come costo di produzione comparato con analoghi interventi. ☞

N.	Dimensione	Indicatori
1	Sicurezza	<p>Utenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di utenti con trattamenti sottodosati ed esposti al rischio di recidiva, overdose o astinenza • Percentuale di ritrattamenti precoci (entro 30 gg. dalla dimissione) • Numero di controlli urinari settimanali • Tempo massimo in cui avviene una formale e reale valutazione e ridefinizione del programma terapeutico • Esistenza ed applicazione di procedure per il controllo delle reazioni avverse ai trattamenti • Numero di overdose (Unità di Strada) • Numero di presidi, <i>materiali informativi</i> offerti in rapporto alla utenza (Unità di Strada) <p>Operatori</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero medio di conflitti con operatori al mese • Esistenza di procedure formali per la gestione delle emergenze di sicurezza (conflitti, aggressioni, risse, ecc.) • Esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale • Grado di applicazione delle norme per il rischio professionale infettivo • Numero di ore medio per operatore di formazione ed addestramento specifico sulle norme di prevenzione
2	Efficacia	<p>Azioni rivolte all'utente:</p> <p><i>Utilizzo di sostanze d'abuso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • % di morfinarie positive per utente (ultimi 30 gg., 3 mesi, 6 mesi) • % presenza di altre sostanze nei drug tests • Abuso alcolico per compensazione sospensione uso eroina • % metadone positivo nei drug tests • Numero di ricadute ultimi 12 mesi <p><i>Grado di performance (personale e sociale)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado di istruzione • Grado di professionalità • Grado di conformità sociale • Grado di compenso psichico • Capacità produttiva (redditualità utile mediante attività lecite) • Presenza di attività lavorativa (occupazione) • Dimensione della qualità della rete sociale • Numero di episodi conflittuali familiari ultimi 3 mesi • Presenza di attività sociali positive • Abilità preventive <p><i>Qualità della vita</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • QL percepita • QL correlata allo stato clinico • QL correlata allo stato sociale <p><i>Incidenza patologie correlate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di patologie infettive correlate (HIV, HBV, HCV, MST, TBC, ecc.)

(segue)	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di episodi overdose negli ultimi 3 mesi • Presenza di comorbidità psichiatrica sintomatica • Grado di conoscenza e percezione del rischio, attitudine al rischio, abilità preventive verso le patologie infettive e l'overdose) • Attività criminale che ha prodotto azioni delle Forze dell'ordine negli ultimi 3 mesi • Attività di prostituzione <p>Azioni rivolte alla popolazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di dati quali-quantitativi relativi a gruppi specifici di popolazione (caratteristiche socio-demografiche, dinamiche relazionali, resistenze) • Azioni con relativa documentazione di sensibilizzazione rivolte a gruppi specifici di popolazione • Modifica della percezione sociale: progetti integrati a valenza socio-sanitaria (L. 328/2000) <p>* Tali indicatori sono relativi alle attività dipartimentali</p> <p>Intervento di strada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura del territorio (<i>descrizione analitica delle caratteristiche e dei bisogni di salute</i>) e <i>documentazione della stessa</i> • Attività di coinvolgimento degli opinion leaders • Attività di contatto (documentazione: schede, presidi, materiali informativi, presa in carico e accompagnamento) • <i>Disponibilità di risorse e strumentazioni congrue</i>
3 Appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso di differenziazione dei trattamenti (% di utenti nei vari tipi di trattamento usati) • % di utenti stabilizzati (> 3mesi) a dosaggi nel range terapeutico (assenza di astinenza e craving) • Tempo medi di trattamento in base all'evoluzione del programma • Tipo e frequenza dei controlli urinari per escludere uso di stupefacenti • Numero di incontri operatore-utente per verifica periodica programma • Grado di integrazione delle terapie farmacologiche con supporto psicologico, socioeducativo, medico • Grado reale di guadagno di salute durante il trattamento relativamente a (<i>outcome</i>): <ul style="list-style-type: none"> – cessazione uso di sostanze – aumento qualità della vita – reinserimento sociale e lavorativo – riduzione/controllo delle patologie correlate – riduzione delle situazioni devianti (criminalità e prostituzione) <p>* Se non c'è un guadagno negli indicatori di outcome un trattamento non si può considerare adeguato</p> <ul style="list-style-type: none"> • % utenti con criteri di inclusione in un trattamento (es. farmacologico integrato) e non inseritovi (intervento inappropriato) • Grado di aderenza drug tests • % utenti con affidamento di farmaci sostitutivi con negatività ai drug tests per morfina e/o altre sostanze • % drop out • Indice di avanzamento (% utenti in avanzamento e tempo di transito) nel percorso terapeutico ottimale verso forme di risoluzione della tossicodipendenza (es: accoglienza → % → terapie intensive → % → terapie residenziali → %) <p>Intervento di strada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di <i>referenti istituzionali</i> del territorio fin dalla fase di progettazione • Esistenza di un'<i>équipe del Ser.T.</i> di riferimento disponibile ad attivare un "canale preferenziale" per i contatti dell'unità di strada • Esistenza di <i>opinion leaders</i> dei gruppi target da coinvolgere attivamente nell'intervento • Esistenza di uno <i>staff</i> di supporto tecnico-scientifico (responsabile scientifico, coordinatore, supervisore) con individuate le funzioni ed attività dei componenti e di una <i>équipe operativa</i> (<i>operatori di strada, operatori di rete</i>) con individuate le funzioni ed attività
4 Coinvolgimento degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo e distribuzione di materiale informativo sui trattamenti e l'organizzazione (Ser.T., Comunità, Gruppi terapeutici, Gruppi di autoaiuto, ecc.) • Presenza di materiale informativo specifico sui diritti e le responsabilità dell'utente • Esistenza di una strategia di comunicazione strutturata e permanente con gli utenti • Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dei bisogni e della domanda dell'utente • Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica della soddisfazione dell'utente • Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dell'adesione al trattamento dell'utente • Coinvolgimento attivo di testimoni privilegiati di target specifici di colazione nelle attività rivolte alla collettività • Coinvolgimento di "opinion leaders" nelle attività di mappatura del territorio e <i>nelle fasi di progettazione e valutazione degli interventi</i>
5 Equità	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza di procedure di accesso ai servizi esplicite e formalmente coerenti con le norme che regolano la fruibilità e la disponibilità dell'assistenza sul territorio nazionale • Esistenza di criteri espliciti di inclusione nei vari trattamenti ed equamente applicati • Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati agli utenti, relativamente all'affidamento extra servizio della terapia sostitutiva • Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati agli utenti relativamente all'inserimento in servizi residenziali e semiresidenziali accreditati • Esistenza di procedure di accesso fruibili per gli utenti immigrati (mediatore culturale, Unità di Strada, ecc.)
6 Efficienza	<p>Ser.T.:</p> <p>Produttiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volume delle prestazioni in relazione alle risorse • Densità prestazionale su singolo utente per tipologia di prestazione (medica, psicologica, sociale, ecc) • Giorni totali di assistenza in rapporto al costo globale grezzo dell'unità operativa <p>Allocativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado di evasione della domanda non urgente (es.: num.utenti richiedenti/num.utenti accolti a tot ore dalla domanda) • Grado di evasione della domanda urgente • Grado di soddisfazione dei bisogni (num.utenti attesi/num.utenti osservati) • N. soggetti TD stimati sul territorio/N. soggetti TD in carico • Tempi di attesa (es.: certificazione, accertamento TD, ecc) <p>Servizi residenziali e semiresidenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempi di attesa • Tempo medio di residenzialità-carico/utente • Indice di occupazione • Indice di rotazione (n. medio di persone residenti per posto disponibile/aa) • Indice di turnover (n. giorni trascorsi tra una dimissione di un utente ed una successiva ammissione di un altro utente) <p>Unità di strada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volume delle prestazioni in relazione alle risorse • N. contatti/n. invii ai servizi • N. presidi sanitari e n. materiali informativi distribuiti • Gli operatori di strada rilevano la <i>modifica della percezione dei rischi</i> infettivi da parte dei componenti dei gruppi target • Gli operatori di strada verificano costantemente il <i>grado di soddisfazione</i> delle persone contattate in base alle seguenti variabili: <ul style="list-style-type: none"> – continuità dei contatti – numero e qualità delle "relazioni significative" – rispondenza delle prestazioni ai bisogni individuali

Il D.P.R. 309/90: una legge a tutela dell'affidamento terapeutico del metadone

*Claudio Leonardi**

La farmacodipendenza da eroina è una malattia cronica, ad andamento recidivante, determinata dalla prolungata azione di tale sostanza stupefacente sul cervello.

Da quando in Italia nei primi anni '80, come risposta politica alla tensione emotiva dell'opinione pubblica di fronte al dilagare dei "fenomeni di piazza" correlati alla tossicodipendenza, è stato autorizzato l'utilizzo del metadone per il trattamento gli eroinomani, si sono viepiù estese due concezioni contrapposte: una di tipo moralistico con la quale si è considerato, semplicisticamente, il metadone come "Droga di Stato" ed una di tipo scientifico con la quale si considera il metadone alla stessa stregua dell'insulina per i diabetici o dei vasodilatatori coronarici per gli infartuati, cioè di un farmaco necessario alla terapia di una patologia propriamente detta.

Alcuni studi di neurobiologia dimostrano che nella sua dinamicità funzionale, il cervello sottoposto all'azione dell'eroina va incontro ad una serie d'alterazioni architettoniche e biochimiche che giustificano le difficoltà che, in questi casi, s'incontrano nell'intervenire terapeutamente.

Infatti, anche se procediamo a disintossicazione, a breve termine, non possiamo escludere ricadute in un comportamento tossicomane, a fronte di una serie di stimoli stressanti, a medio e lungo termine.

In tale situazione si collocano la potenzialità antiastinenziale, ma soprattutto "anticraving" a breve termine, del metadone mentre, a medio/lungo termine, trovano spazio terapeutico anche gli interventi psicosociali e psicopedagogici.

Da tutto ciò si evince che solo una progettualità congiunta ed articolata è in grado di coniugare esigenze sociali, come quelle invocate dall'opinione pubblica e dai politici, con quelle medico-riabilitative proprie degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale.

Analoghe conflittualità d'opinione si sono determinate sulla questione riguardante l'affidamento terapeutico del metadone ai pazienti in trattamento presso i nostri Ser.T.

In quasi 30 anni di storia in Italia, infatti, il metadone non ha solo subito una serie considerevole di esami, studi clinici, critiche e revisioni varie da un punto di vista scientifico ma è stato, con pari ossessività, coinvolto in una sequela di valutazioni politico-normative che hanno tentato di regolare la sua distribuzione terapeutica.

Tutto ciò ha determinato la genesi di una sequenza d'equivoci giuridici sulla legittimità dell'affidamento della terapia metadonica ai pazienti sottoposti ad un trattamento disassuefante dall'uso d'eroina. In tal senso, il D.P.R. 309/90, che disciplina la produzione e la distribuzione delle sostanze stupefacenti in Italia, si colloca al di sopra di qualsiasi altra opinione, dibattito o circolare che in nessun modo possono regolare l'attività delle realtà operative, Ser.T. compresi.

Il comma 3, dell'articolo 43 del citato D.P.R. dichiara testualmente che "ciascuna prescrizione deve essere limitata ad una sola preparazione o ad un dosaggio per cura di durata non superiore ad otto giorni".

Tale citazione avvala, di fatto, una condizione di consegna del metadone direttamente al paziente e non delegittima, pertanto, il Ser.T. ad affidare lo stesso senza l'intervento di intermediari.

Quest'articolo è talmente chiaro e la sua interpretazione è talmente corretta che, allorquando è stato posto un preciso quesito all'Ufficio

Centrale Stupefacenti del Ministero della Salute su due molecole collocate nella stessa tabella del metadone, questi ha così risposto in data 20/04/2000: "I Ser.T. e le strutture sanitarie equivalenti possono affidare il Subutex (buprenorfina N.d.R.) e l'Alcover (GHB, allora in Tabella I delle sostanze stupefacenti N.d.R.) al paziente stesso o a un suo referente nella quantità corrispondente ad una preparazione, cioè ad una confezione di compresse, o ad un dosaggio per la cura di una durata non superiore agli otto giorni di terapia, così come previsto dal comma 3, dell'articolo 43, del D.P.R. 309/90".

Quanto predetto ha sempre reso quanto mai discrezionale la Circolare dell'allora Ministero della Sanità n. 20 del 30/9/94, che detta una serie d'orientamenti interpretativi (linee guida) delle residue norme del D.P.R. 309/90, a seguito del referendum abrogativo (D.P.R. 5/6/93 n. 171).

La Circolare di cui al punto precedente non rappresenta una norma legislativa, ma possiede solo i caratteri di un documento interpretativo e non prescrittivo di alcune linee di comportamento che i medici possono attuare.

Qualora si ottemperasse a quanto definito nelle sopraccitate linee guida, gli utenti in caso di qualsivoglia impedimento:

- a) non potrebbero disporre di un farmaco a loro prescritto;
- b) sarebbero costretti a rilasciare il proprio consenso all'informazione dei familiari in condizioni d'evidente coartazione della propria libertà e senza tenere alcun conto delle relazioni familiari esistenti;
- c) sarebbero discriminati se non potessero fornire familiari ritenuti affidabili;
- d) subirebbero una caducazione della loro libertà personale essendo sottoposti a controlli che la legge non prevede e da parte di persone che hanno come unico requisito la parentela e che potrebbero essere, a loro volta, tossicodipendenti, alcolisti o malati mentali, spacciatori, pregiudicati, o, in ogni modo, non idonei a gestire la terapia di un proprio congiunto;
- e) verrebbero messi in condizioni di sudditanza nei confronti dei loro familiari dalla cui volontà o arbitrio viene fatta dipendere la disponibilità di una certa modalità terapeutica.

Una disamina attenta del D.P.R. 309/90, permette, inoltre, di non dover nemmeno ricorrere ad invocare, così come fatto anche da me in altre precedenti occasioni, alcuni articoli del Codice Deontologico (artt. 4, 5 e 12) giacché, ripeto, questa norma non vincola in nessun modo l'affidamento metadonico e il Codice potrebbe essere invocato, invece, allorquando si volessero applicare le interpretazioni dettate dalla predetta Circolare ministeriale.

In definitiva è plausibile terminare dichiarando che il trattamento della dipendenza da sostanze stupefacenti, mediante lo strumento "dell'affidamento del farmaco", è legittimo, non è contro la legge e permette la riduzione della cronicità dell'uso di sostanza stupefacente stessa in un cospicuo gruppo di soggetti che altrimenti non potrebbero essere assistiti e che, anche a norma dell'articolo 122 del D.P.R. 309/90, lo strumento "dell'affidamento del farmaco" trova indicazione soprattutto per quei pazienti nei quali è doveroso mantenere in essere tutte le iniziative idonee a garantire la continuità del trattamento; adeguate a contenere gli eventuali episodi di overdose dovuti alla mancata assunzione di una terapia sostitutiva e adatte a moderare la diffusione di malattie infettive e gli episodi di microcriminalità correlabili alla ricerca della sostanza stupefacente stessa. ✎

* Direttore U.O.C. Prevenzione Cura delle Tossicodipendenze ed Alcolismo - Ser.T. ASL Roma C - Direttivo nazionale FeDerSerD.

Marcellina Bianco a Cernobbio presentò una relazione dal titolo "L'automazione nei SerT: quale relazione con la relazione?", che nel numero 3 di Mission abbiamo riassunto. Del contributo di Marcellina Bianco ci soffermiamo sulla presentazione e commento di un questionario effettuato nei servizi italiani.

È possibile un miglioramento della relazione infermiere-utente in presenza di un sistema di dosaggio informatizzato del metadone?

Marcellina Bianco*

Il questionario ed i suoi risultati

La riflessione è partita da un questionario somministrato, grazie alla preziosissima collaborazione del dott. Marco Lima, responsabile software e assistenza dell'HT IMAGO, agli infermieri dei SerT

operanti nelle somministrazioni metadoniche di diversi servizi, con in uso il dosatore computerizzato, ed inviato loro per e-mail e via fax.

IL DISPENSATORE COMPUTERIZZATO AMICO O NEMICO?

Regione d'appartenenza	Provincia	Hai avuto delle difficoltà? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
.....	Di che tipo?
Ente d'appartenenza: Ser.T <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/>	
La Somministrazione Metadonica è un servizio a se stante?	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, dove si trova?		Come sei riuscito a superarle?
.....	
Orario d'apertura al pubblico:
Numero di passaggi medi giornalieri		Secondo te è migliorato il tuo lavoro con il dispensatore?
Quali e quante figure professionali compongono l'équipe della somministrazione?		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
.....		Se sì, in che cosa?
.....	
Da quanto tempo lavori nella somministrazione metadonica?	
Mesi..... Anni.....		Perché?
Da quanto tempo hai iniziato ad usare il dispensatore elettronico?	
.....	
Prima che strumenti usavi:		La tua relazione con il paziente è cambiata? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bocchetti da 20 mg, 40 mg, ecc. <input type="checkbox"/>		Se sì, come?
Litro con dispensatore manuale <input type="checkbox"/>	
Litro con siringa <input type="checkbox"/>	
La scelta di automatizzare la somministrazione del metadone cosa ha suscitato in te?	
.....	
.....		Riesci ad avere spazio per attività di counselling? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

* Collaboratore professionale sanitario esperto infermiere, del Ser.T. ASL 4 di Torino e Presidente SIDEc.

Al questionario hanno risposto Operatori di 9 Regioni diverse, che lavorano in 16 Province italiane.

Regioni, n. Ser.T. e n. operatori che hanno risposto al questionario

Regione	Ser.T.	Operatori
Abruzzo	1	4
Emilia Romagna	3	6
Lombardia	12	32
Piemonte	3	13
Puglia	1	1
Sardegna	1	1
Sicilia	1	1
Toscana	1	1
Umbria	1	1
Totale	24	60

Province, n. Ser.T. e n. operatori che hanno risposto al questionario

Provincia	Ser.T.	Operatori
Bergamo	3	15
Bologna	2	5
Brescia	1	1
Chieti	1	4
Cremona	1	1
Cuneo	1	1
Lecce	1	1
Lecco	1	3
Lucca	1	1
Milano	3	7
Palermo	1	1
Pavia	2	5
Perugia	1	1
Rimini	1	1
Torino	3	12
Sassari	1	1
Totale	24	60

Dei 60 colleghi che hanno risposto al questionario: **54** sono operatori Ser.T., **4** sono consulenti ed **1** è dipendente di una cooperativa; la somministrazione metadonica ha sede in **18** casi presso il Ser.T., **5** presso l'Ospedale ed **1** nelle vicinanze del Ser.T. L'orario d'apertura è molto vario sia come durata che come numero di volte che si ricevono gli utenti:

Numero somministrazioni	Numero aperture	Arco orario complessivo
Dal Lunedì al Venerdì		
8	1	7.30-20.00
13	2	6.45-19.30
2	3	7.15-16.30
1	4	8.00-18.30
Sabato		
1	Non apre	
20	1	6.45-15.30
2	2	7.30-12.45
1	3	8.45-16.30
Domenica e festivi		
5	Non aprono	
15	1	6.45-13.00
3	2	7.30-13.00
1	3	8.45-16.30

Il numero dei passaggi medi giornalieri è così suddiviso:

Numero passaggi	Numero Ser.T.
> 50	2
50-100	7
100-200	10
200-300	3
300-400	2

10 Equipe sono costituite da soli infermieri professionali (I.P.), **12** da I.P. e medici, **2** da I.P. ed OTA.

Il periodo di lavoro in somministrazione metadonica è così suddiviso: L'uso del dispensatore computerizzato è iniziato da non molto tempo:

Anni di servizio	N. operatori	Periodo d'uso	N. Ser.T.
> 1 anno	11	> 5 mesi	10
1-2	11	6 mesi-1 anno	10
3-5	8	2-3 anni	4
6-8	14		
9-11	6		
12-14	5		
< 15	5		

In precedenza, in **13** Ser.T. erano usati flaconcini da 20 mg etc; in **5** il litro con il dispensatore manuale e flaconcini; in **3** il litro con dispensatore manuale; in **2** il litro con siringa.

La scelta di automatizzare la somministrazione metadonica ha suscitato nei miei colleghi: curiosità, preoccupazione per le difficoltà iniziali, perplessità, ma anche interesse ed entusiasmo.

Il 62% degli I.P. non ha avuto problemi ad usare la macchina, mentre il rimanente 38% ha incontrato difficoltà per la non conoscenza dell'uso di strumenti informatizzati. I problemi si sono facilmente risolti telefonando al tecnico, che è sempre disponibile a rispondere ad ogni quesito, e con la collaborazione dei colleghi.

L'85% delle persone che hanno risposto al questionario ritengono che il loro lavoro sia migliorato con il dispensatore, per la velocità della preparazione, la precisione nella somministrazione, la riduzione del margine d'errore.

Per quel che riguarda la relazione operatore-utente:

- il 48% ritiene che sia cambiata poiché la riduzione dei tempi lascia maggior spazio per la relazione,
- il 40% ritiene che non sia cambiata,
- il 12% non ha risposto alla domanda,
- l'80% riesce ad avere spazio per l'attività di counselling.

Potenzialità e criticità nel cambiamento organizzativo

Il dispensatore computerizzato è stato installato presso 109 somministrazioni metadoniche, di queste 79 sono completamente computerizzate e 30 senza dispensatore (programma in computer ma somministrazione con dispensatore manuale e siringa).

Dei 79, 52 sono operativi e 27 sono in training, dei 30, 12 sono operativi e 18 sono in training.

L'installazione di questo strumento ha determinato un cambiamento all'interno dell'organizzazione, con le relative conseguenze.

L'obiettivo immediato del processo di cambiamento, secondo Cristina Maslach, è quello di aumentare il grado di congruenza all'interno di un determinato posto di lavoro, mentre lo scopo a lungo termine è di migliorare la qualità del servizio e l'impegno nel lavoro.

Ogni volta che sul fronte della nostra vita lavorativa, affettiva, sociale, si prospetta una novità, scatta il meccanismo del "per ora va bene così, non è necessario cambiare".

Il detto dei nostri vecchi "Chi lascia la strada vecchia per la nuova, sa quello che lascia ma non sa quello che trova" è sempre di moda. In ogni attività lavorativa vi sono obblighi che riguardano gli aspetti di routine che sono svolti senza particolari problemi, l'ansia scatta nel momento in cui è inserito un elemento nuovo, che determina una modificazione delle abitudini consolidate.

La novità destabilizza, "si è sempre fatto così, non vedo perché dobbiamo cambiare" è la frase che viene più spesso ripetuta.

La tecnica difensiva più frequentemente usata, sia consciamente sia inconsciamente, è quella di rifuggire dai cambiamenti perché questi rimettono in gioco le capacità di ognuno, richiedono una modificazione del proprio comportamento e degli approcci adottati al fine di conseguire i risultati attesi o di cogliere nuove opportunità. È quindi laborioso cambiare l'organizzazione esistente per introdurre novità nella struttura o nel lavoro.

Questo può creare all'interno dell'equipe tensioni molto alte, dovute a scontento e insicurezza che si possono concretizzare in tentativi per far fallire il cambiamento.

Se il nuovo poi corrisponde all'uso di un computer l'ansia si moltiplica e, com'è evidenziato da alcune risposte al questionario, crescono:

- il panico per i possibili imprevisti legati all'uso di un sistema informatizzato;
- la perplessità sull'utilità di un apparecchio a prima vista così complesso;
- il timore di aumentare il margine d'errore;
- il timore di una spersonalizzazione del rapporto con l'utente.

Con il passare del tempo, si scopre che il dispensatore computerizzato permette di:

- eliminare il rischio di errori nel dosaggio del farmaco;
- eliminare il rischio di errore nel conteggio dello scarico;
- verificare automaticamente la giacenza a fine giornata;
- avere velocemente sott'occhio il percorso terapeutico del singolo utente dall'inizio alla fine del trattamento anche per tempi lunghi;
- ridurre i tempi di preparazione degli affidi, permettendo all'Infermiere di aver maggior spazio per altre attività all'interno della somministrazione.

Alcuni dati presi dall'esperienza del servizio dell'ASL in cui opero
Prima dell'avvento del dispensatore con la somministrazione con flaconcini passavano 25 persone in mezz'ora, che si riducevano a 20 se avevano gli affidi; ora ne passano da un minimo di 30 ad un massimo di 35, a seconda dell'affido.

Dal 01/01/2002 al 31/08/2002 vi sono stati 80214 passaggi e la macchina, che noi chiamiamo confidenzialmente Valentina, ha effettuato 108.017 operazioni erogando 5801 litri di metadone.

L'infermiere del nuovo millennio e la relazione

La possibilità di poter utilizzare il programma per un periodo di prova senza utenti ed il successivo uso, porta le persone ad affermare, nel questionario:

- finalmente dopo otto anni di somministrazione manuale è cambiato qualche cosa;
- come tutte le cose nuove ha portato una ventata di moderno e di precisione ed in più di sicurezza;
- vi è la consapevolezza di una maggiore professionalità e di come anche la professione infermieristica è sempre in evoluzione.

Quest'ultima affermazione mi permette di fare una riflessione sull'evoluzione del ruolo dell'infermiere professionale (IP) "del nuovo millennio", che sa *cosa deve fare, quando deve fare e perché deve fare*, attraverso:

- l'identificazione dei bisogni della persona e della collettività;
- la formulazione d'obiettivi specifici;
- la pianificazione, gestione e valutazione degli interventi¹.

Questo può sembrare una riedizione di ciò che da anni è ribadito, in realtà con la nuova normativa è più chiaro a tutti che l'infermieristica come scienza e come disciplina obbliga ad un approccio scientifico e metodologico diverso rispetto a prima.

L'infermiere, filtrando i dati che raccoglie attraverso la conoscenza, la competenza, l'esperienza e l'intuito, cerca di evitare di tralasciare elementi fondamentali per una diagnosi.

Perché parlare di diagnosi quando si riflette sul lavoro dell'infermiere? Semplicemente perché rientra nelle sue competenze, ma mentre la diagnosi medica si rivolge alla malattia, la diagnosi infermieristica invece è centrata sui problemi assistenziali dell'utente.

Nel 1990 la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) ha definito la diagnosi infermieristica come: "un giudizio clinico sulle reazioni ai problemi di salute presenti o potenziali, ai processi di vita di una persona, di una famiglia o di una collettività. La diagnosi infermieristica serve come base di scelta degli interventi assistenziali per ottenere risultati positivi di cui l'infermiere è responsabile".

La valutazione diventa un momento fondamentale per definire la qualità, vale a dire si stima quanto i risultati ottenuti coincidano o si distacchino dai risultati ideali in precedenza fissati².

Uno dei posti privilegiati per fare questo è la somministrazione metadonica.

La valutazione dell'intervento passa sia attraverso l'osservazione, sia attraverso il rapporto interpersonale.

L'operatore sanitario che opera nel campo delle tossicodipendenze deve essere libero da ogni pregiudizio ed affrontare il proprio lavoro con mentalità diversa. Spesso si trova a gestire una situazione molto problematica: l'approccio con il paziente aggressivo.

In alcune risposte al questionario è stato evidenziato come l'uso del dispensatore computerizzato, riduce i tempi d'attesa e quindi i momenti di tensione.

Ricordiamoci che, in ogni caso, l'aggressività non è solo un fenomeno di disturbo e di stress per l'operatore, ma è anche sintomo di un bisogno, una richiesta d'aiuto e l'Infermiere Professionale deve essere in grado di rispondere a queste necessità.

Può farlo in maniera aggressiva, entrando in simmetria con lui, e mettendosi così allo stesso livello dell'utente, oppure cercando di mantenere la calma, non modificando il suo atteggiamento e soprattutto valutando la situazione.

L'I. P. deve ricordarsi che "quando si somministra la quantità giornaliera di metadone, si compie un atto di relazione, un gesto importante grazie al quale ci si getta un reciproco sguardo, si fa capire al paziente che si è disposti ad aspettare i suoi tempi, che si sa chi si ha di fronte, che nella mente dell'operatore c'è uno spazio anche per lui"³.

Questo tipo di rapporto che s'instaura Rogers lo ha definito come quello "in cui almeno uno dei due protagonisti ha l'intenzione di favorire nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato"⁴.

Il "rapporto supportivo" richiede alcuni elementi fondamentali tra i quali: la fiducia, l'empatia.

Travee ha definito la fiducia nel rapporto supportivo "la ferma convinzione che altre persone saranno in grado di fornire assistenza nei momenti di crisi e che molto probabilmente lo faranno"⁵.

Kalish definisce l'empatia come "la capacità di entrare nella vita altrui, di percepire esattamente i suoi sentimenti e di comprendere il loro significato"⁶.

È importante ricordarsi, che è però indispensabile avere la capacità di non perdere mai di vista che si tratta di una situazione analoga, come se...

Il rapporto supportivo sta alla base del counselling sanitario che è un'attività professionale importante per la relazione d'aiuto tra operatore ed utente.

È uno speciale processo di comunicazione durante il quale l'operatore entra con empatia nel mondo del paziente ed interviene strategicamente allo scopo di aiutarlo a sviluppare motivazioni, risorse, miglioramenti di comportamento perché sia in grado di mettere in atto i cambiamenti utili alla sua salute ed alla sua vita.

La somministrazione metadonica è uno dei punti importanti in cui può essere svolta quest'attività.

Considerazioni conclusive

Prima di terminare permettetemi di porre ancora una domanda: abbiamo visto ciò che la teoria suggerisce, in pratica però cosa succede? La realtà la riassume bene un collega che alla domanda del questionario: "La tua relazione con il paziente è cambiata? Se sì, come?" risponde "L'automatizzazione (nell'ambito della somministrazione del farmaco) ci *permetterebbe* di avere più tempo e spazio per svolgere attività alternative che migliorino l'aspetto di contenuto della relazione con l'utente".

La motivazione del "permetterebbe" si trova nella risposta alla successiva domanda: "Riesci ad avere spazio per l'attività di counselling?", infatti, lo stesso collega risponde: "Teoricamente sì, praticamente no, perché l'organizzazione non prevede l'utilizzo del personale infermieristico in tal senso".

Questa affermazione porta a considerare non tanto il ruolo dell'infermiere in generale, quanto al significato che è dato al Servizio di terapia metadonica.

Partiamo dal nome: in genere è chiamata **distribuzione** metadonica. Il termine distribuzione indica un atto meccanico nel compiere il quale più si è veloci, più si è efficienti, non vi è spazio per altro.

Somministrazione è il termine che, usato da pochi, significa, come abbiamo visto prima, compiere un atto di relazione, che non ha tempi stabiliti.

Vi è ancora un elemento da rilevare. Com'è possibile modificare la relazione quando il Servizio di somministrazione metadonica è costituito da stanze che, attraverso porte e vetri, separano operatori ed utenti?

Come ben scrive Vanni Capoccia di Perugia "... stanza del metadone e sala d'attesa, spesso, sono collocate in una posizione che isola operatori ed utenti. Un "luogo di frontiera" separato dalla parte "sana" del servizio. Si attiva, tra l'altro, una situazione paradossale: l'isolamento favorisce i comportamenti "da piazza", la piazza porta con sé i pericoli, i pericoli inducono negli operatori il bisogno di protezione. Da cui consegue la presenza nei SerT di guardie giurate, vetri separatori etc. che non possono consentire la gestione terapeutica della sala d'attesa e di quella del metadone"⁷.

Portare avanti un progetto diverso che offra risposte flessibili e articolate fra loro non è semplice, perché costringe a mettere in discussione l'immagine che gli operatori hanno di sé e del servizio.

Gli infermieri devono comprendere che al di là della distribuzione dei farmaci e degli "esami urine" devono voler essere validi collaboratori di un servizio che non è visto come un luogo per utenti destinatari di prestazioni ma come punto che al centro dell'intervento pone i bisogni della persona/utente.

In quest'ottica l'equipe, di cui l'infermiere della somministrazione metadonica è parte integrante, poiché il lavoro sanitario e quello socio assistenziale sono tra loro strettamente collegati, diventa in realtà un intervento di rete "[...] È una rete dinamica, che si modifica in base ai diversi obiettivi parziali, alle tipologie presenti, alle richieste dei vari clienti..., è una rete viva, che, a seconda dei momenti, è in parte presente. [...] La rete relazionale si concretizza fuori del servizio... e dentro il servizio"⁸.

In conclusione, alla domanda del titolo di questo contributo: "È paradossale pensare ad un miglioramento sia della qualità della relazione infermiere-utente, che dell'attività lavorativa, quando è installato un sistema di dosaggio informatizzato?", si deve rispondere che non solo è possibile ma è auspicabile che avvenga in breve tempo anche se i processi culturali e organizzativi, come abbiamo visto, non possono essere legati esclusivamente a fattori tecnologici ma comportano sempre una rielaborazione, spesso accompagnata da un forte coinvolgimento emotivo e cognitivo, svolta sia dai singoli individui che congiuntamente dai diversi attori presenti nell'organizzazione del servizio. ✍

Note

1. Autori vari, *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1996.
2. Ibidem.
3. Vanni Capoccia, "Il sostegno informale nel Ser.T.", *Prospettive sociali e sanitarie*, 17, 2000.
4. Roberto Marchi, "La comunicazione terapeutica", *Interazione infermiere-paziente*, Milano, 1993.
5. Ibidem.
6. Ibidem.
7. Vanni Capoccia, "Il sostegno informale nel Ser.T.", *Prospettive sociali e sanitarie*, 17, 2000.
8. Quaderni di animazione e formazione, *Il lavoro di strada: Prevenzione del disagio, delle dipendenze, dell'AIDS*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1995.

RICERCHE

Al lavoro la commissione nazionale medicina complementare di FeDerSerD

Nell'ambito delle varie iniziative che FeDerSerD ha attivato dopo le decisioni del Direttivo del 29 novembre 2002, specialmente dopo il successo della sessione dedicata al Congresso di Cernobbio, vi è l'interesse alle medicine alternative che da diversi anni vengono applicate positivamente anche nel trattamento delle dipendenze patologiche. A tal proposito la commissione istituita (nel report sui lavori del Direttivo nazionale, a p. 39, vi è la composizione) propone una indagine cono-

scitiva preliminare su tutto il territorio nazionale mediante la diffusione, a tutti i servizi per le dipendenze, di un questionario. L'invio dei questionari compilati può essere fatto sia via e-mail che via fax agli indirizzi della Federazione.

Per saperne di più contattate il dott. Claudio Leonardi, tel/fax 067803405.

MODULO CENSIMENTO MEDICINE COMPLEMENTARI

Servizio _____
 Indirizzo _____
 Indirizzo e-mail _____
 Telefono _____
 Fax _____

Operatore/i referente/i per la medicina complementare

- *Nel mio servizio sono utilizzate le seguenti tecniche di medicina complementare:*

1. Omeopatia e/o omotossicologia <input type="checkbox"/>	5. Auricoloterapia (ACUDETTOX) <input type="checkbox"/>
2. Fitogemmoterapia <input type="checkbox"/>	6. Massaggio Shiatzu <input type="checkbox"/>
3. Floriterapia <input type="checkbox"/>	7. Altro _____
4. Agopuntura <input type="checkbox"/>	
- *Ambiti di utilizzo:*

1. <i>disassuefazione da:</i>	
a) eroina <input type="checkbox"/>	d) psicofarmaci <input type="checkbox"/>
b) cocaina <input type="checkbox"/>	e) alcol <input type="checkbox"/>
c) ecstasy e stimolanti <input type="checkbox"/>	f) nicotina <input type="checkbox"/>
2. <i>mantenimento astinenza</i> <input type="checkbox"/>	
3. <i>trattamento patologie correlate</i> <input type="checkbox"/>	quali prevalentemente _____
4. <i>riabilitazione</i> <input type="checkbox"/>	
- *Qualifica operatori coinvolti*

a) _____	
b) _____	
c) _____	
- *Iniziativa a cui si intende partecipare:*

• Formazione e informazione <input type="checkbox"/>	Note aggiuntive _____
• Ricerca e sperimentazione <input type="checkbox"/>	_____
• Valutazione e organizzazione gruppi di lavoro <input type="checkbox"/>	_____

Si è costituita l'organizzazione regionale Abruzzo e Molise di FeDerSerD

*Pietro D'Egidio**

Il 14 marzo 2003 presso la Sala dei Marmi della Provincia di Pescara FeDerSerD ha organizzato un Convegno dal titolo "Le Tossicodipendenze oggi in Abruzzo. Bisogni necessità e cooperazione in una etica condivisa", con il patrocinio della Regione Abruzzo e della Provincia di Pescara.

Il Convegno è stato organizzato per presentare la realtà regionale Abruzzo e Molise di FeDerSerD.

Si è deciso di farlo non con un incontro celebrativo ma offrendo agli operatori del Sistema dei Servizi delle nostre Regioni un contributo e l'opportunità di riflettere su due temi di particolare attualità ed interesse: "il recepimento dell'atto di intesa Stato-Regioni per l'accreditamento" ed una "riflessione sulla valorizzazione delle risorse disponibili".

La singolarità della nostra iniziativa è stata quella di pensarla e realizzarla insieme agli amici del CNCA che hanno presentato nella stessa occasione l'"Area Abruzzo Molise".

Questo è stato possibile perché dal 1994 in Abruzzo lavoriamo per dare una sostanza al concetto di "Sistema dei Servizi" consapevoli che la limitatezza delle risorse disponibili rende preziosa una condivisione di conoscenze, di percorsi e di iniziative per dare il miglior aiuto possibile ai tossicodipendenti e ai consumatori di droghe, e per contribuire al meglio con la rete del territorio a realizzare interventi di prevenzione.

È stato questo un percorso a volte accidentato, ma che negli anni ha permesso a tutti di conoscersi nelle proprie specificità, capacità ed anche limiti.

Come Ser.T. abbiamo realizzato interventi insieme alla maggior parte degli Enti Ausiliari del nostro territorio, oltre che la azione istituzionale con gli stessi: azioni comuni nella prevenzione, nella formazione, nella disintossicazione in regime protetto sulle 24 ore giornaliera, nella partecipazione alle terapie con farmaci sostitutivi insieme ai medici di base e alle famiglie ecc.

Questa storia di lavoro e di intenti comuni ci pone un poco fuori da un dibattito nazionale che periodicamente si riaccende sulla contrapposizione tra le "cure" e tra "pubblico e privato" e che francamente appare strumentale e soprattutto molto poco etico perché totalmente indifferente ai danni che provoca a tutti coloro che soffrono per l'uso di droghe: in primo luogo le famiglie e poi anche coloro che usano le sostanze.

Mi piace considerarlo il frutto del lavoro costante di questi anni, la straordinaria facilità con cui FeDerSerD e CNCA hanno deciso e realizzato in completa armonia la presentazione congiunta in Abruzzo delle rispettive realtà regionali con questa iniziativa.

Una iniziativa che in questo particolare momento assume una valenza anche simbolica oltre che di testimonianza: i servizi pubblici e le comunità (con tutti i tipi di intervento) si riconoscono e si apprezzano nelle loro specifiche e rispettive capacità di azione e gli operatori (qualsiasi sia il loro compito all'interno delle rispettive strutture) trovano "logico" muoversi verso un patto federativo che rafforzi il loro "obiettivo comune": la lotta alla droga, la cura delle dipendenze e degli abusi, la educazione contro l'uso di sostanze e la cultura dell'eccesso.

Siamo tutti soddisfatti della riuscita della iniziativa che ha visto la presenza di oltre 160 operatori del sistema dei servizi e di numerose personalità istituzionali che hanno dato il loro contributo ai lavori del convegno e non "portato i saluti di rito".

Erano presenti la grande maggioranza degli operatori del servizio pubblico se consideriamo che tutti gli 11 Ser.T. della Regione Abruzzo sono, doverosamente, rimasti aperti.

Ed è stata una presenza attenta e partecipata fino alla fine grazie anche agli interventi tra gli altri di Lucio Babolin, Riccardo De Facci, Maurizio Fea, Teresa Marzocchi, Norberto Pentiricci, tutti dei direttivi nazionali di FeDerSerD o del CNCA.

Il tema trattato è di grande attualità.

L'atto di intesa Stato-Regioni sull'accreditamento è del 1999 e fino ad oggi non è stato applicato nella maggior parte delle Regioni italiane.

La legge 45/99 nella parte che riguarda la copertura dei posti vacanti negli organici dei Ser.T. ha trovato una applicazione solo parziale.

In special modo in Abruzzo essa è stata quasi completamente disattesa ed il sistema pubblico è in grande difficoltà.

I Ser.T. lavorano ancora avendo come normativa di riferimento il D.M. 444/90, veramente datato, ed il Governo fino ad ora ha solamente prodotto un Decreto (D.M. 14 giugno 2002, G.U. 25 giugno 2002) su "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle AUSL - Ser.T., di cui al D.M. 444/90" e molte dichiarazioni incoerenti.

A me sembra che allo stato attuale noi operatori del Sistema dei Servizi siamo i soggetti più credibili per proporre la ridefinizione dei compiti istituzionali dei Ser.T. e gli elementi costitutivi fondamentali del Dipartimento per le Dipendenze.

Credibili perché al tempo stesso capaci di tenere conto della trasformazione del fenomeno droga e quindi delle mutate richieste del territorio rispetto alle offerte di servizio, della complessità del fenomeno rispetto ad un sistema di regolazione efficace, capace di valorizzare le risorse, promuovere la valutazione e la formazione permanente, impedire stumentalizzazioni e percorsi pericolosi quali sarebbe per esempio il permettere ad altri soggetti che non il servizio pubblico la certificazione della tossicodipendenza a fini medico legali.

La maturata consapevolezza scientifica, l'innovazione legislativa, prima tra tutte l'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale, e la regionalizzazione delle risorse e degli obblighi di pareggio di bilancio ci spingono sempre più, ed io penso giustamente, a promuovere percorsi verificabili e non autoreferenziali di valutazione costi/efficacia e costi/benefici.

È ormai maturo il tempo per diffondere a tutto il sistema dei servizi un percorso di formazione continua sia sul versante scientifico che su quello del management e della comunicazione per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle nostre prestazioni a partire dalle risorse di cui ciascun servizio, ma vorrei dire soprattutto ciascun territorio, dispone. Anche la riflessione è una risorsa: dobbiamo essere capaci di valorizzare le risorse e le potenzialità che noi abbiamo.

Gli interventi dei relatori ed il dibattito che ne è scaturito hanno permesso di approfondire una serie di temi e riflessioni di cui vale la pena indicare per punti gli argomenti maggiormente significativi.

Le esperienze che facciamo, con un approccio che è al contempo educativo, clinico, relazionale e pedagogico, portano a buone prassi che sperimentiamo ogni giorno e formalizzarle in una riflessione strutturata ed elaborare un modello deve diventare uno dei nostri compiti.

* *Direttivo nazionale FeDerSerD - Direttore Ser.T. Pescara.*

Dobbiamo fare una riflessione più ampia sul modello di stato sociale che vogliamo costruire, che vogliamo avere a riferimento della nostra azione nel campo degli abusi e delle dipendenze. La funzione di "ruolo guida" del sistema dei servizi non può che essere svolta dal soggetto pubblico, che in modo autorevole, e non autoritario, consenta di avere dei punti di riferimento.

Dobbiamo stare nel merito dei problemi confrontandoci sul concreto e non su problemi ideologici e se ci riusciamo arriveremo a fare squadra con tutte le persone che si fanno carico della operatività quotidiana.

C'è il problema della complessità del fenomeno, in continua modificazione e diversificazione.

Il fenomeno cambia e richiede una grande flessibilità di lettura, una capacità di monitoraggio continuo e di ridefinizione delle offerte di servizio, senza approcci ideologici.

Quando parliamo di sostanze e di dipendenze parliamo soprattutto di giovani.

Se questo è vero non possiamo che inserire il nostro impegno nell'ambito più generale delle politiche giovanili.

Dobbiamo porci il problema di interpretare le culture giovanili, dobbiamo parlare di piacere, di luoghi e di spazi e di forme relazionali multiformi e destrutturate, dell'uso della notte come luogo di aggregazione e di divertimento e di piacere.

Dobbiamo tornare a parlare di politiche giovanili con i giovani. Questo fenomeno richiede un approccio multidisciplinare e integrato. La necessità della integrazione delle competenze, delle risorse, dei servizi, delle buone prassi è da porre in primo piano per giungere ad una riqualificazione del sistema.

Dobbiamo applicare l'atto di intesa Stato-Regioni sull'accreditamento.

È un obiettivo strategico. Non possiamo accettare ritardi assolutamente ingiustificati. La normativa è una risorsa da sfruttare. Dobbiamo promuoverne la applicazione locale perché le norme sono uno strumento del nostro lavoro, non sono un legaccio.

Non le dobbiamo subire, ma le dobbiamo agire, ne dobbiamo essere attori e protagonisti. La applicazione delle norme deve tenere conto della variabilità del fenomeno.

L'applicazione dell'atto di intesa deve riguardare anche i servizi pubblici che non possono più continuare a reggersi sulla dedizione e sull'eroismo degli operatori: al di sotto di un minimo di spazi e di personale non si può continuare a far operare un servizio.

I servizi debbono essere dimensionati in rapporto alle necessità espresse ed inesprese del territorio.

Dobbiamo decidere cosa fare per spingere alla applicazione dell'atto di intesa.

La costruzione dei Dipartimenti per le Dipendenze può essere fatta in tanti modi.

È necessario riuscire ad individuare un modello di Dipartimento a partire dalla nostra esperienza e dalla nostra conoscenza del settore, che recepisca l'approccio culturale di cui siamo portatori, dove si possa esprimere la logica della integrazione e della partecipazione e che sia il più utile anche in un rapporto costi/efficacia.

Il ruolo guida in questa dimensione locale riteniamo che non possa essere che del soggetto pubblico (pensiamo per esempio al problema della certificazione dello stato di tossicodipendenza) che va a rivestire anche e soprattutto quel ruolo di garanzia del sistema misto, di garanzia delle piccole realtà.

L'etica della responsabilità spinge nella direzione che gli attori del Dipartimento svolgano un ruolo di rilievo fin nella costruzione delle regole di funzionamento del Dipartimento stesso.

Nella costruzione del Dipartimento non si può essere guidati solo dalla necessità di un riduzionismo economico, bisogna invece essere in grado di trovare un equilibrio tra le dimensioni economiche disponibili e la migliore offerta di servizi implementabili in una condivisione di questo principio di responsabilità.

È all'interno del Dipartimento che si governano e si destinano le risorse.

Dobbiamo interrogarci sul senso, sul significato e sul ruolo delle comunità terapeutiche. Sul futuro e sul senso delle comunità residenziali, infine sul ruolo delle comunità intese in senso più ampio.

Il nostro sistema deve cambiare e sta cambiando. Questo è un momento cruciale.

L'applicazione delle normative può trasformare il sistema in maniera molto diversa.

Noi dobbiamo sì fare i conti con le risorse ma dobbiamo partire dai bisogni dei territori.

Dobbiamo stare in guardia dalla interpretazione localistica di alcune leggi.

Sappiamo che è difficile cambiare. Dobbiamo valorizzare la competenza di tutti i soggetti per riuscirci nella maniera più efficace.

In conclusione possiamo dire che il nostro Convegno ci lascia con un mandato: partiamo da venti anni di esperienza e di buone pratiche della rete dei servizi per dare nuove risposte ad un fenomeno che cambia. ✍

NOTIZIE IN BREVE

Una riflessione del Presidente nazionale FeDerSerD indirizzata agli iscritti e agli operatori tutti

A seguito della nomina dei componenti della nuova Consulta Nazionale Tossicodipendenze, partorita dopo circa due anni dall'insediamento del nuovo governo, non posso che esternarvi l'amarrezza che ho provato quando ho constatato che nessun aderente alla nostra Federazione ne è entrato a far parte.

Amarezza che diventa stupore nel vedere che oltre alla nostra, dalla nuova consulta sono state escluse quasi tutte le altre associazioni scientifico-professionali espressione del servizio pubblico, e nel constatare la pressoché totale mancanza di rappresentanza degli esperti testimoni delle esperienze più avanzate nel mondo delle dipendenze.

A fronte di ciò, è stato dato più ampio spazio ai rappresentanti del privato sociale, lasciando così chiaramente intendere che l'operazione è funzionale ad una scelta politica, che mira a privilegiare queste energie al di fuori di un giusto equilibrio e di un rapporto di pari dignità fra tutte le forze in campo, in specie con quelle che ope-

rano nel servizio pubblico.

Con queste scelte, ancora una volta si rischia di creare gravi incomprensioni fra pubblico e privato, quando invece la massima efficienza del settore richiede la più alta integrazione.

Non a caso la nostra Federazione, insieme al CNCA e alla FICT, si è fatta carico di questa esigenza, promuovendo un tavolo di concertazione che sta operando per individuare e perseguire nuovi modelli di lavoro integrato e nuove metodologie di intervento, nell'esclusivo interesse dei nostri pazienti.

Perciò sono sicuro che abbiamo lavorato e stiamo lavorando bene, e per questo sento l'esigenza di proseguire la riflessione su quanto è avvenuto, per approfondire meglio le valutazioni e attivare le iniziative più opportune che la situazione richiede.

Grosseto, 24 febbraio 2003

Alessandro Coacci

La sessione parallela del 19 ottobre 2002 al Congresso nazionale di FeDerSerD di Cernobbio, di cui presentiamo un sunto ragionato, ha visto come coordinatori Ezio Manzato e Rocco Caccavari.

Le relazioni hanno avuto per tema: "Attualità biologiche e farmacologiche" (Giovanni Luca Galimberti), "Alcol: nuovi scenari d'uso. Prevenzione e trattamento dell'alcolismo: quali strumenti?" (Antonio Mosti), "Il trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza" (Ezio Manzato), "Alcol, alcolismi: cosa cambia? Tipologia e analisi della sopravvivenza di pazienti in trattamento" (Biagio Sanfilippo), "Quale riabilitazione oggi per l'alcolista" (Giorgio Cerizza), "Legge 125: il tempo passa..." (Giovanni Greco).

Alcol: un problema multidimensionale

Ezio Manzato, Rocco Caccavari, Giovanni Luca Galimberti, Antonio Mosti, Biagio Sanfilippo, Giorgio Cerizza, Giovanni Greco

Nella sessione è stata affrontata la complessità dell'alcoldipendenza e sono stati toccati molti degli aspetti che attualmente nella pratica giornaliera gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e delle Strutture del Privato Sociale e del Volontariato si trovano ad affrontare nella promozione della salute e nella prevenzione, nella cura, nella riabilitazione e nel reinserimento sociale delle persone che presentano problemi di abuso e di dipendenza da alcol e patologie alcolcorrelate.

Inoltre sono stati sottolineati anche punti importanti di ordine legislativo, organizzativo e di formazione previsti dalla Legge n.125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati, G.U. n. 90 del 18 aprile 2001".

Innanzitutto sono stati messi in risalto gli aspetti genetici e neurobiologici, che assieme ai fattori psichici, culturali, sociali e ambientali costituiscono i fattori di sviluppo e mantenimento dei comportamenti di abuso dell'alcol.

In specifico il Sistema Mesolimbocorticale come Sistema della Gratificazione è in primis implicato e la sua disregolazione è alla base del comportamento di dipendenza.

Il riconoscimento di questo Macro Sistema Cerebrale ha permesso di sviluppare dei farmaci razionali come l'Acido Gamma Idrossibutirrico, il Naltrexone e il Baclofen che sono strumenti utili per controllare il craving che è ritenuto punto critico nel determinare la ricaduta e nodo centrale del trattamento riabilitativo.

Anche i fattori sociali e culturali sono particolarmente importanti per l'incontro tra le bevande alcoliche e la persona, con le sue caratteristiche genetiche, psicologiche ed esperienziali, ed è da questa combinazione che si sviluppano i comportamenti di abuso.

In particolare è stato rilevato come nell'ultimo decennio la cultura del bere in Italia si stia trasformando da una cultura tradizionalmente "bagnata" ad una che è definita "umida" a sottolineare il fatto che, accanto ai consueti valori d'uso prevalentemente alimentari e conviviali con consumo soprattutto del vino, si stanno affermando, in particolare tra le nuove generazioni, nuovi stili di consumo, nuove bevande alcoliche e nuovi valori d'uso. Ciò avvicina di più i giovani consumatori di oggi alla cultura "asciutta" dei Paesi Anglosassoni; il modello tradizionale del bere italiano si sta via via contaminando con alcuni aspetti del bere nordico, come: la drastica riduzione dei consumi di vino e la rilevanza assunta da bevande alcoliche come birra e superalcolici, che fino a pochi anni or sono rappresentavano solo un consumo marginale; la crescente rilevanza del valore d'uso intossicante attribuito in particolare alle nuove bevande alcoliche; l'uso dell'alcol come "gateway" o in frequente abbinamento con altre sostanze psicoattive illegali; lo sviluppo di un

movimento di opinione a favore della temperanza che, pur agendo prevalentemente tra gli addetti ai lavori, ha iniziato un'opera, anche se ancora debole e non uniformemente diffusa, di sensibilizzazione della popolazione ai problemi alcolcorrelati e alla conseguente necessità di sobrietà che coinvolga l'intera popolazione e non solo le persone "malate"; la crescente rilevanza di nuove categorie di bevitori, quali i giovani e le donne; l'aumento della quota di astemi; il cambiamento delle caratteristiche del bere smodato che è divenuto meno frequente ma più visibile e fastidioso e infine il cambiamento nell'immaginario collettivo dell'immagine del bevitore e della relativa emarginazione.

La persistente prevalenza dei valori d'uso tipici del modello "bagnato" alimentare e socializzante e l'introduzione di nuove bevande alcoliche, in particolare della birra, tipiche del modello "asciutto" sembrano essere tratti peculiari del nuovo modello "umido" del bere. I recenti dati Doxa del 2001 evidenziano un tendenziale aumento dei consumatori dal 77 all'80% della popolazione, con incrementi significativi soprattutto per la fascia di età tra i 25 e i 34 anni.

Inoltre in relazione all'universo giovanile, tra i 15 e i 24 anni, si evidenzia un incremento del consumo regolare almeno una volta alla settimana, con un incremento particolarmente significativo per la birra (+13% negli ultimi 10 anni).

Anche la percentuale dei giovani abusatori resta, rispetto agli inizi degli anni '90, costantemente elevata con una percentuale superiore per le femmine (4,1%) rispetto ai maschi (3,2%).

Recenti ricerche condotte a livello nazionale sottolineano anche la rilevanza dei "luoghi" e dei "modi" dell'incontro con l'alcol. Il consumo di bevande alcoliche è praticato quasi esclusivamente in compagnia di altre persone, che nella maggior parte dei casi sono gli amici, ma anche i familiari durante i pasti o più raramente i colleghi di lavoro.

Vi è inoltre una diffusa diffidenza nei confronti delle persone che assumono bevande alcoliche in solitudine, comportamento che è considerato indicatore di bere problematico, in quanto associato alla necessità di dimenticare un momento difficile o di affrontare situazioni problematiche.

L'alcol al di fuori di una relazione di amicizia, di parentela e di affetto sembra perdere il suo significato principale che è quello di rendere piacevole l'interazione.

La maggioranza dei giovani afferma di bere prevalentemente nei fine settimana, in particolare durante il sabato in occasione di uscite in discoteca, al pub, in pizzeria o al ristorante.

Il bisogno di indipendenza dei giovani si esprime anche mediante consumi nei luoghi pubblici, in tali spazi vengono temporaneamente meno molti dei vincoli che altrimenti caratterizzano gli altri contesti familiari, scolastici e lavorativi.

Indipendentemente dalle convinzioni, dalle norme e dall'esperienza, quando i giovani entrano in un bar o in un pub o in una discoteca, i loro atteggiamenti risultano fortemente influenzati dall'atmosfera dominante e dal contesto.

Pertanto risulta necessario rideterminare le strategie e le azioni dei Servizi di Alcolologia che, tenendo presenti questi nuovi aspetti del bere, devono raggiungere la vasta popolazione dei giovani consumatori oltre che i classici bevitori per i quali le modalità di approccio sono già sperimentate.

Il contesto nel mondo giovanile gioca un ruolo fondamentale nell'iniziazione e nel mantenimento dei comportamenti d'abuso dell'alcol, per cui è necessaria una strategia di approccio al problema a partire dal gruppo e dai bisogni aggregativi e di sperimentazione dei giovani.

Significativi sono a questo riguardo: l'esperienza degli operatori di strada, le necessarie "testimonianze" analcoliche e l'ascolto dei segnali che dai giovani stessi arrivano e che sembrano porre alcune necessità: inventare degli spazi in cui accogliere i giovani così come si presentano, fornire strumenti di conoscenza e di riflessione sull'alcol che nascono dalla loro esperienza, attivare l'elaborazione creativa dei giovani utilizzando strumenti e linguaggi adeguati ad una comunicazione efficace e proporsi come "mediatori culturali intergenerazionali" tra i genitori della "cultura bagnata" e i figli della "cultura asciutta".

I disturbi psichiatrici e di personalità, inoltre, sono in stretta correlazione con i comportamenti d'abuso dell'alcol e delle altre sostanze psicoattive, producendo quadri clinici complessi nei confronti dei quali gli operatori del Sistema delle Dipendenze devono avere una attenzione particolare ed attuare programmi di trattamento specifici per la comorbidità psichiatrica, costituita nella maggior parte dei casi da disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità, che funzionano da stimoli interni negativi accentuando il craving e facilitando la ricaduta.

La comorbidità psichiatrica infatti condiziona la storia clinica in termini di gravità del disturbo e risulta essere un limite all'adesione e all'efficacia dei programmi riabilitativi, per cui è opportuno attuare un trattamento riabilitativo integrato come programma globale di intervento mediante un sostitutivo alla dipendenza chimica, l'astinenza forzata, il trattamento psichiatrico e psicoterapeutico e un supporto di Rete "forte".

Nella ricerca "Alcol, alcolismi: cosa cambia? Tipologia e analisi della sopravvivenza di pazienti in trattamento" effettuata da 4 NOA (Nuclei Operativi Alcolodipendenze della Regione Lombardia) e relativa a oltre 700 pazienti in trattamento nel periodo 01.01.1995 e 31.12.1998 con end point del follow-up al 31.12. 2000, la patologia organica è rappresentata nel 16%, la patologia psichiatrica nel 36%, il poliabuso pregresso nel 15% e il poliabuso attuale nel 17%, nel 20% è presente una condizione di poliabuso associata ad una patologia psichiatrica. Queste due variabili correlano strettamente con l'adesione al trattamento, adesione che è molto importante per l'esito positivo del trattamento stesso, in quanto una maggior durata del trattamento equivale a una maggior aspettativa di successo.

L'80% dei pazienti inizia un trattamento, di questi il 40% conclude con successo il trattamento, il 40% interrompe e il restante 20% è costituito da persone trasferite, decedute o ancora in trattamento al 31.12. 2000.

La probabilità di insuccesso per i pazienti in trattamento è molto elevata nei primi 6/8 mesi di presa in carico, d'altro canto la possibilità di successo, dopo 12 mesi, è di circa l'80%. L'analisi preliminare dei dati elaborati mette in risalto la necessità di una ridefinizione della pratica clinica, con una riorganizzazione dei Servizi Pubblici e Privati del Sistema delle Dipendenze, mediante un adeguamento e una specializzazione degli strumenti terapeutici riabilitativi, che devono essere basati su una diagnosi multidimensionale e dinamica e su un monitoraggio costante dei bisogni e delle necessità concrete della diversificata utenza in trattamento.

Nell'ottica della diversificazione e della specializzazione dei trattamenti riabilitativi una opportunità reale è rappresentata dalle Strutture Riabilitative Residenziali, che mediante un programma di comunità basato su una équipe di operatori diversificati che prevede lo psichiatra, l'internista, lo psicologo, l'educatore e altre figure sanitarie, riescono a rispondere alle esigenze di una quota di alcolodipendenti che non riuscirebbero ad abbandonare i comportamenti d'abuso con i programmi ambulatoriali e territoriali.

Il programma riabilitativo inizia con il tentativo di dare una risposta alla domanda "Perché l'alcol fa bene?" a quella particolare persona.

Sarà la risposta a fornire la traccia del percorso che tenterà di volta in volta, di costruire relazioni calde e piene laddove esisteva una sofferta solitudine, una famiglia sana in contrapposizione a legami familiari distorti, ruoli chiari e definiti là dove invece esisteva solo il caos.

Tutto questo in un contesto gruppale nel quale le norme possano acquisire significato perché le persone le sperimentano come essenziali, si riattivino le dinamiche familiari distorte cercando risposte diverse, ci possano essere risposte non solo comportamentali ma anche cognitive, e nel quale si possa perseguire un ideale dell'io più gratificante mediante il rispecchiamento reciproco.

Questo programma riabilitativo potrà andare incontro più facilmente ad un successo se tutti gli operatori, indipendentemente dalla loro qualifica, risponderanno nel loro operare a due ruoli contemporaneamente.

Il "Ruolo Paterno" costituito da un'autorità credibile ed accettata e da una capacità di responsabilizzare e di suddividere armonicamente i ruoli.

Il "Ruolo Materno" che prevede l'ascolto, la comprensione e l'accudimento necessario.

Queste Strutture Riabilitative Residenziali, che attualmente esistono solamente in pochissime realtà Ospedaliere, sono previste all'interno del Sistema delle Dipendenze dalla Legge n.125 del 18 aprile 2001.

La Legge n. 125 del 18.04.2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" ha colmato un vuoto legislativo, politico e culturale, affermando come i problemi alcolcorrelati gravano significativamente sulla popolazione e vanno affrontati in maniera specifica.

È la prima legge che a livello europeo fa suoi i principi e gli obiettivi della Carta Europea sull'alcol approvata a Parigi nel 1995.

La legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati è il riconoscimento normativo e legislativo al percorso esperienziale in campo alcolologico che vede l'Italia come uno dei Paesi più avanzati e coglie il senso profondo del consumo di alcol quale stile di vita e fattore di rischio per la salute.

Essa inoltre è il frutto di un equilibrio tra conoscenze scientifiche, esperienze dei Servizi, sofferenze dei pazienti e delle loro famiglie, interessi economici e capacità politiche e amministrative.

Tra le altre definizioni vengono puntualizzati gli aspetti fondamentali della formazione degli operatori come percorso universitario (con modifica degli ordinamenti didattici, dei corsi per le professioni sanitarie, psicologiche e sociali), formazione permanente (ECM) e master post-lauream.

La formazione è definita come preliminare a un lavoro sul campo basato sulla Buona Pratica Clinica che prevede linee guida e protocolli operativi per gli interventi con definizione della diagnosi multidimensionale, del trattamento farmacologico e psicosociale, del follow-up e dei modelli di valutazione degli interventi scientificamente orientati ed attenti all'analisi dei costi-efficacia e dei costi-benefici. ✍

Prevalenza e severità della comorbidità psichiatrica in dieci tipologie di disturbi di abuso o dipendenza

*Marco Riglietta, Maurizio Campana, Laura Tidone**

Sommario

Vengono descritte e confrontate la prevalenza e la severità della comorbidità psichiatrica in dieci tipologie diverse di comportamenti di abuso o dipendenza: dipendenza da eroina (H), da cocaina (C), abuso di alcol (AA), dipendenza da alcol (AD), dipendenza da nicotina (N), anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating disorders (BED), disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (NOS) e gioco d'azzardo patologico (G).

Lo screening della patologia psichiatrica è stato effettuato mediante SCL90-R.

Abbiamo trovato che la prevalenza di comorbidità varia dal 41,6% (abuso di alcol) all'88% (bulimia nervosa).

I disturbi del comportamento alimentare e il gioco d'azzardo patologico sembrano avere il più ampio spettro di disturbi psicopatologici associati, mentre anoressia nervosa, dipendenza da alcol e dipendenza da cocaina mostrano i punteggi medi di severità più elevati.

Introduzione

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Bergamo tratta, nelle proprie 6 sedi Ser.T., diverse tipologie di disturbi di abuso o dipendenza.

Accanto ai trattamenti per dipendenza da sostanze illegali e da alcol, sono stati istituiti, nel corso degli anni, ambulatori per il trattamento dei disturbi alimentari (1997), del tabagismo (1996) e, più recentemente, per il gioco d'azzardo patologico (2000).

Il protocollo di ingresso per tutte le tipologie di pazienti afferenti ai Ser.T. comprende, tra l'altro, lo screening delle patologie psichiatriche, con differenti scale di valutazione validate.

L'SCL 90-R viene sempre utilizzato, data la brevità e la semplicità di somministrazione, anche con i soggetti che hanno un contatto molto breve con i servizi.

Esso risulta, pertanto, lo strumento più indicato per lo screening epidemiologico.

Numerosi studi hanno valutato e descritto la comorbidità psichiatrica nelle dipendenze da sostanze illegali e da alcol (1,2).

Lo studio dei neurotrasmettitori legati alle vie del piacere e della gratificazione, i concetti di tolleranza, dipendenza e craving hanno assunto una importanza centrale in molti campi della psicopatologia (disturbi del comportamento alimentare (3,4), gambling o gioco d'azzardo patologico (5), comportamenti compulsivi di ricerca del rischio, ecc.).

Le vie eziopatogenetiche dei comportamenti di abuso e dipendenza sono oggi ben conosciute e riproducibili per tutte le sostanze e per alcuni comportamenti.

Metodi

Abbiamo studiato 194 pazienti distribuiti in dieci differenti categorie diagnostiche secondo i criteri del DSM-IV (6).

A partire dal primo di luglio del 2001 abbiamo incluso in ogni gruppo i primi 20 pazienti presentati (14 gamblers): dipendenza da eroina (H), da cocaina (C), abuso di alcol (AA), dipendenza da alcol (AD), dipendenza da nicotina (N), anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating disorders (BED), disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (NOS) e gioco d'azzardo patologico (G).

Per la valutazione dei pazienti abbiamo utilizzato la Symptoms Check List (SCL-90-R) di Derogatis *et al.* (7,8), test autosomministrato di 90 items.

Abbiamo valutato la prevalenza generale di comorbidità psichiatrica (Asse I, DSMIV) e quindi abbiamo estrapolato 5 items della scala (ossessività-compulsività O-C, depressione D, ansia A, psicosi PSY, paranoia PAR). Abbiamo analizzato la prevalenza dei punteggi patologici in ogni gruppo e la media dei risultati patologici (> 1).

Risultati

Prevalenza di punteggi patologici in almeno un'area (score >1) per gruppo:

Categoria diagnostica	Prevalenza di comorbidità psichiatrica %	Categoria diagnostica	Prevalenza di comorbidità psichiatrica %
H	60,5	AN	81,4
C	56,6	BN	88,0
AA	41,6	BED	83,2
AD	71,4	NOS	82,7
N	47,4	G	85,7

Dettaglio sui 5 items analizzati della scala SCL-90-R.

La prima colonna descrive la percentuale di soggetti che hanno mostrato score patologico (>1).

La seconda colonna è riferita alla gravità dello score medio. Evidenziati in grassetto gli score >2.

	O-C		D		A		PSY		PAR	
	Prev %	Media	Prev %	Media	Prev %	Media	Prev %	Media	Prev %	Media
H	40,0	1,51	50,0	1,74	35,0	1,76	25,00	1,66	25,0	1,60
C	46,6	1,57	20,0	2,50	20,0	2,30	13,3	1,65	33,3	1,76
AA	16,6	1,35	33,3	1,58	8,30	1,20	25,00	1,47	25,0	1,76
AD	42,8	2,11	57,1	2,00	28,5	2,25	28,5	1,71	57,1	1,20
N	36,8	1,37	36,8	1,65	15,7	2,00	0,00	0,00	31,5	1,46
AN	60,7	2,04	71,4	2,14	50,0	1,96	57,1	1,58	46,4	1,97
BN	80,0	1,91	80,0	2,04	62,8	1,89	37,1	1,75	51,4	1,74
BED	74,0	1,72	74,0	1,99	59,2	1,77	33,3	1,9	48,1	2,13
NOS	63,6	1,65	72,7	1,75	63,6	1,42	18,1	1,95	36,3	1,81
G	28,6	1,75	42,9	1,54	14,3	1,70	28,6	1,70	28,6	1,50

* Dipartimento delle Dipendenze ASL di Bergamo - European Collaborating Centres in Addiction Studies (ECCAS).

Discussione

Come ci si poteva aspettare la dipendenza da nicotina e l'abuso di alcol sembrano essere i comportamenti di abuso-dipendenza correlati alla prevalenza più bassa di comorbidità.

La bassa prevalenza nella dipendenza da eroina potrebbe essere correlata alla fase in cui il test è stato somministrato (ingresso): gli effetti terapeutici dell'eroina possono nascondere parzialmente la psicopatologia associata.

Anoressia, dipendenza da alcol e dipendenza da cocaina mostrano i punteggi medi di gravità più alti.

Per ciò che riguarda la cocaina potrebbe valere l'ipotesi inversa proposta per l'eroina: la cocaina può produrre manifestazioni comportamentali simili ad alcune psicopatologie.

Sarebbe molto interessante valutare la situazione con il medesimo strumento a trattamento stabilizzato e ad astinenza ottenuta. Riteniamo l'SCL-90-R uno strumento utile e agile per un primo iniziale inquadramento delle aree psicopatologiche da indagare ulteriormente nelle patologie di abuso e dipendenza.

La soddisfazione dei criteri del DSMIV risulta indispensabile per la doppia diagnosi definitiva. ✎

Bibliografia

1. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. *et al.*, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuses", *JAMA*, 264: 2511-2518 (1990).
2. Rounsaville, B.J., Anton, S.F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B.A., Gawin, F., "Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers", *Arch. Gen. Psychiatry*, 48:43-51 (1991)
3. Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., Spitzer, R.L., "Association of binge eating disorders and psychiatric co-morbidity in obese subjects", *Am. J. Psychiatry*, 150: 1472-1479 (1993).
4. Herzog, D.B., Keller, M.B., Saks, N.R., Yeh, C.J., Lavori, P.W., "Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics", *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 31:810-818 (1992)
5. McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F. *et al.*, "Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment", *Am. J. Psychiatry*, 141:215-218 (1984).
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Author, Washington, DC (1994).
7. Derogatis, L.R., "SCL-90R administration, scoring and procedures", manual II, *Towson Clinical Psychometric Research XXXX* (1983).
8. Mercier, C., Brochu, S., Girard, M. *et al.*, "Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: A confirmative study", *Int. J. Addict.*, 27:1267-1282 (1992).

NOTIZIE IN BREVE

Progetto: Fai Bere solo il tuo motore

Premessa

La frequenza e la gravità degli incidenti stradali oltre a rappresentare un angosciante rischio per le persone e le famiglie, rappresenta anche un fenomeno sociale e sanitario grave sia per le dimensioni che per i costi diretti e indiretti sostenuti dalla collettività, la quale paga un enorme prezzo in termini di vite umane perdute ovvero gravemente o permanentemente danneggiate.

Altrettanto rilevanti sono i costi sanitari sostenuti dal Servizio Pubblico relativi agli interventi curativi e riabilitativi rivolti alle persone infortunate.

Vengono così individuate azioni prioritarie tese a favorire la guida sicura attraverso interventi sugli stili di vita, in particolare tese alla prevenzione della guida in stato di alterazione psico-fisica indotta dall'uso di alcol e sostanze stupefacenti.

Obiettivo generale

Prevenzione degli incidenti stradali connessi all'uso di alcol e sostanze stupefacenti.

Obiettivo specifico

Introdurre nel programma educativo delle scuole guida un capitolo dedicato al rischio derivante da "consumo di alcol e sostanze stupefacenti e guida".

Strumenti

Consapevoli che l'efficacia di un intervento di promozione alla salute si basa sulla sinergia di azioni che coinvolgano strutture istituzionali, organismi, associazioni ed enti pubblici e privati si prevede la sottoscrizione di un Protocollo d'intesa fra Azienda Sanitaria, ACI, Amministrazioni Provinciali, Scuole Guida, finalizzato all'attuazione di un Corso di formazione per Insegnanti e Istruttori delle Scuole Guida, per migliorare le loro conoscenze e finalizzato a proporre agli organi competenti l'introduzione nei quiz ministeriali di verifica delle conoscenze acquisite, di alcune domande riguardanti i rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e di sostanze stupefacenti.

FeDerSerD si propone come parte attiva, in un momento innovativo di prevenzione e educazione, verso le Istituzioni (Ministeri dei Trasporti, dell'Interno e della Salute) per la realizzazione di questo progetto.

RECENSIONE



Antonio Nettuno

Il lavoro terapeutico di gruppo

La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/
Quaderni, diretta da
Alfio Lucchini

pp. 128, € 12,00 - cod. 231.1.5 (V)

Gli operatori che si occupano di tossicodipendenza avvertono sempre di più sia l'esigenza di elaborare nuovi paradigmi esplicativi, sia di costruire differenti modelli terapeutici per affrontare il fenomeno dell'abuso di sostanze nella nostra società.

A tale scopo l'autore considera e utilizza diverse teorie, che spaziano dal costruttivismo alla psicoanalisi, per delineare un modello

eziologico multifattoriale che si basa su un concetto di causalità intesa in senso circolare e dialettico, nella reciprocità interattiva e ricorsiva tra aspetti genetici, eventi psichici, problemi di tipo socio-economico, processi neurofisiologici e biochimici.

Viene prospettata, cioè, la necessità di fronteggiare il fenomeno della droga con un approccio "globale" mostrando i limiti di una concezione riduzionista (psicologica, sociologica o medica) che può risultare sterile sul piano epistemologico e carente sul piano clinico. E mostrata, invece, l'opportunità di costruire un collegamento e una "contaminazione" fra le varie discipline interessate al problema.

A sostegno di questa tesi, vengono proposti numerosi casi clinici, trattati secondo una metodologia terapeutica globale, con un'integrazione attiva e coordinata fra cura farmacologica e trattamento psico-sociale. Il volume prende ampiamente in considerazione il lavoro terapeutico del gruppo degli operatori, come risorsa che permette di prendere in carico in modo efficace i tossicodipendenti e i loro familiari.

Si rivolge a studiosi e operatori sociali ma è anche un utile strumento per giovani laureati in psicologia, pedagogia e scienze sociali.

Antonio Nettuno, dirigente psicologo presso il Ser.T. di Desio - ASL Milano 3, è psicoanalista di gruppo e docente presso l'I.I.P.G. di Milano (Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo). Già Consulente del Ministero di Grazia e Giustizia per gli Istituti di Pena - Regione Lombardia è stato Giudice Onorario del Tribunale Minori di Milano.

Per la prima volta nel nostro Paese un MASTER specifico, completo, di management sanitario e comunicazione per dirigenti del settore delle Dipendenze.

FeDerSerD continua nella sua attività di servizio per gli operatori che vogliono dedicarsi alla gestione dei servizi e dei dipartimenti delle dipendenze.

Una grande opportunità formativa, in collaborazione con un prestigioso Istituto di formazione e con l'egida attiva dell'Università Cattolica e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Come è nella mission di FeDerSerD questo Master non sarà episodico, e già possiamo annunciare che dal 2004 analoghe iniziative formative interesseranno assistenti sociali, infermieri professionali ed educatori professionali.



Healthcare Executive Master Management e Comunicazione per Direttori di Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

FeDerSerD propone un Master di Management Sanitario rivolto ai Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze.

Tale percorso è strutturato per rispondere ad un bisogno di formazione fondamentale dei dirigenti sanitari del settore: lo sviluppo e la padronanza di competenze legate al Management ed alla Comunicazione.

Obiettivi dell'intervento

È quasi un decennio che è stato avviato il processo di managerizzazione delle aziende sanitarie italiane, seppur con notevoli differenze di sviluppo da azienda a azienda e da regione a regione.

L'aziendalizzazione sta comportando modifiche sostanziali del sistema sanitario: oggi il professionista sanitario è responsabilizzato ad agire tenendo in considerazione nello stesso tempo i tre vettori di *efficacia, efficienza ed economicità* delle cure, forze tra loro apparentemente e sostanzialmente non sempre in equilibrio che possono condurre a scelte e decisioni complesse.

In cambiamento è l'utenza che da "oggetto" di prestazione assistenziale diventa "soggetto" coinvolto in una scelta consapevole della struttura di assistenza di riferimento.

È importante quindi spingere questo processo di managerizzazione non solo istillando e rafforzando le competenze gestionali micro e macroeconomiche, ma anche ponendo l'accento su altre leve insite nella cultura d'impresa, quelle che ne creano il successo, quali ad esempio la comunicazione e il marketing.

Per questo gli "apicali" con responsabilità gestionali di Servizi per le Dipendenze, di importante visibilità con la cittadinanza e la classe politica devono dotarsi di strumenti che potenzino sia gli aspetti di *management* – per gestire proficuamente il bilancio di esercizio dell'organizzazione e al contempo prendere consapevolezza dell'impatto economico sull'intero processo clinico assistenziale (quello che coinvolge tutti gli attori del servizio) sia quelli di *organizzazione* in termini di relazioni umane interne e quelli di *comunicazione* – per valorizzare le proprie prestazioni al fine di poter disporre di leve di persuasione adeguate sia con i decisori in materia di politica sanitaria (obiettivo: finanziamento), sia per la cittadinanza (obiettivo: allargamento dell'utenza).

ISTUD, Istituto di Direzione Aziendale di rilievo internazionale, con sede a Milano e Stresa (www.istud.it), ha concepito per i Direttori italiani, insieme a FeDerSerD, l'Health Care Executive Master - HEM, in Management e Comunicazione.

Tale Master si prefigge l'obiettivo sfidante di contribuire a coniugare la cultura d'impresa al processo finale più importante che

attraversa queste organizzazioni sanitarie – produrre una assistenza sanitaria di qualità e saperla comunicare nell'ambito del trattamento delle dipendenze.

La struttura dell'Healthcare Executive Master

Il Master, della durata biennale (2003-2004) è rivolto a coloro che ambiscono o hanno già un ruolo direzionale dei Dipartimenti e Servizi per le Dipendenze. Il Master potrà avere come numero massimo 38 partecipanti.

Requisiti di ammissione sono:

- direzione di dipartimento delle dipendenze;
- direzione di servizio (a valenza sull'intera ASL) delle dipendenze;
- direzione di Ser.T. o struttura equipollente (ex alta utenza);
- coordinamento di area nel settore delle dipendenze.

Per il Master è stata ottenuta l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità e il patrocinio dell'Università Cattolica, data l'appartenenza di ISTUD all'Istituto Toniolo, ente fondatore e di garanzia dell'Università Cattolica.

È stata curata una notifica ai 22 assessorati sanitari regionali italiani del Master per il possibile accreditamento ai fini concorsuali (D.Lvo 229).

Il Master si articola su tre momenti formativi:

- 1) una tutorship personale che sosterrà il partecipante durante l'intero periodo del Master;
- 2) la formazione in aula (otto moduli per un totale di 16 giornate d'aula in due anni);
- 3) la preparazione di un *project work* all'interno della propria realtà lavorativa seguita dalla presentazione finale dell'elaborato.

Il Master, della durata biennale, è compatibile con le attività lavorative.

Per tutti gli otto corsi formativi del Master si effettuerà richiesta di accreditamento secondo i criteri di Educazione Continua in Medicina.

Quindi si avranno crediti per ogni modulo, così come certificazioni dello stesso.

Si può ritenere che, ai fini ECM, saranno attribuiti circa 130 crediti formativi.

Tempi dell'Healthcare Executive Master

Le prime otto giornate d'aula del Master, nel 2003 si effettuano in due settimane residenziali, di quattro giorni d'aula ciascuna. Ulteriori otto giornate di formazione d'aula si svolgeranno nel

2004, in due settimane residenziali, di quattro giorni d'aula ciascuna.

In continuum con la quarta settimana vi sarà una giornata interamente dedicata alla chiusura del master.

La chiusura del master avverrà infatti in una giornata conclusiva dedicata alla presentazione e discussione da parte dei partecipanti del *project work*.

I contenuti del programma Healthcare Executive Master

- *Economia sanitaria e management sanitario*
- *Metodologie farmaco-economiche*
- *Controllo di gestione*
- *Organizzazione delle strutture sanitarie e negoziazione*
- *Marketing nelle organizzazioni sanitarie*
- *Comunicazione efficace*
- *Lavorare per progetti in sanità*

In particolare:

Fondamenti di economia sanitaria, management sanitario e farmaco-economia (percorso di due moduli suddiviso in quattro giornate, prima settimana 2003)

Gli obiettivi del corso di *economia sanitaria, management sanitario e farmaco-economia* delle aziende sanitarie saranno:

- acquisire nozioni di base di economia, la domanda e l'offerta, l'equilibrio dei mercati, i principali indicatori economici, PIL, crescita, inflazione, indice dei prezzi e potere d'acquisto;
- capire le differenze fra economia di mercato e il mercato sanitario: gli attori nel mercato della salute;
- analizzare l'aumento dei costi della sanità nei paesi occidentali: domanda indotta e variazione delle pratiche mediche;
- acquisire una conoscenza critica sui vari sistemi di finanziamento della sanità: budget globale, DRG, quota capitaria, *Managed care*, *Health Maintenance Organization*;
- acquisire competenze economico sanitarie e farmaco-economiche, in particolare saranno trattati i seguenti argomenti:
 - le analisi economico sanitarie e farmaco-economiche: analisi di costo beneficio, costo efficacia, costo utilità, minimizzazione dei prezzi, costo conseguenze,
 - il disegno degli studi economico sanitari,
 - le fonti dei dati degli studi economico sanitarie e farmaco-economici,
 - i modelli di simulazione economico sanitari e farmaco-economici,
 - i costi diretti, indiretti e intangibili e l'assegnazione di un corretto valore monetario,
 - l'analisi di sensibilità.

Il controllo di gestione finalizzato agli obiettivi clinici delle aziende sanitarie (percorso di due moduli suddiviso in quattro giornate, seconda settimana 2003)

Gli obiettivi del corso di controllo di gestione finalizzato agli obiettivi clinici delle aziende sanitarie saranno:

- sensibilizzare il partecipante sul collegamento esistente tra i risultati dell'azienda sanitaria e degli enti territoriali, sia in termini economico-finanziari sia in termini di qualità delle prestazioni;
- accrescere la capacità di comprensione dei documenti aziendali economico finanziari (stato patrimoniale, conto economico, report gestionali, ecc.);
- sviluppare le competenze necessarie per dialogare efficacemente con gli specialisti della Funzione Analisi e Controllo di Gestione;
- sviluppare la capacità di interpretare e utilizzare i dati e le informazioni in modo consapevole, valutando l'impatto eco-

nomico finanziario delle decisioni prese, per svolgere in modo efficace ed efficiente la propria attività professionale all'interno delle organizzazioni di riferimento;

- conoscere le tecniche e gli strumenti principali per poter valutare efficacemente le performance delle unità organizzative, al fine di confrontare gli obiettivi attesi con i risultati raggiunti e porre le basi per le eventuali azioni correttive nel processo di allocazione delle risorse;
- introdurre una metodologia di programmazione delle attività volta a definire in anticipo gli obiettivi e le azioni delle singole unità organizzative, al fine di orientare in modo efficace ed efficiente la gestione delle aziende sanitarie;
- conoscere le principali linee evolutive dei sistemi di programmazione e controllo, con particolare enfasi sui nuovi modelli quali-quantitativi di misurazione delle performance come la *Balanced Scorecard*;
- possedere un modello di riferimento teorico organico relativo alla *Balanced Scorecard* e analizzare la sua applicabilità all'interno delle aziende sanitarie.

Fondamenti di organizzazione sanitaria (percorso di un modulo suddiviso in due giornate, prima settimana 2004)

Gli obiettivi del corso di *organizzazione sanitaria e principi di negoziazione* saranno:

- conoscere l'evoluzione della legislazione sulle organizzazioni sanitarie in Italia;
- apprendere gli elementi di base del diritto del lavoro nella pubblica amministrazione e in particolare nella sanità;
- acquisire conoscenza sulle relazioni industriali;
- conoscere la tecnica del negoziato nella pubblica amministrazione: confini, dinamiche, tempi e riti e confronto con le realtà aziendali private;
- interpretare il conflitto come componente spesso naturalmente presente nell'organizzazione;
- imparare ad apprendere le tecniche di prevenzione e gestione del conflitto.

Il marketing nelle organizzazioni sanitarie (percorso di un modulo suddiviso in due giornate, prima settimana 2004)

Gli obiettivi del corso di *marketing nelle organizzazioni sanitarie* saranno:

- identificare la Vision e la Mission del Dipartimento;
- favorire l'analisi dell'ambiente esterno ed interno al settore sanitario: gli utenti da oggetto a soggetto di prestazioni;
- comprendere la differenza tra servizio erogato e servizio percepito: gli elementi percepibili della qualità;
- comprendere le esigenze dei clienti/pazienti e della famiglia e le risposte più efficaci;
- apprendere gli strumenti per una corretta gestione della domanda di salute;
- analizzare l'offerta attuale ed identificare i punti di forza e debolezza;
- analizzare i vincoli di ASL e AO alla luce dei Piani Sanitari Regionali;
- definire i ruoli del mercato come influenzante, decisore, acquirente e utilizzatore;
- rivedere processi e protocolli finalizzati alla referenza attiva;
- costruire un piano di marketing operativo.

Metodologie di comunicazione efficace (percorso di un modulo suddiviso in due giornate, seconda settimana 2004)

Gli obiettivi del corso di *comunicazione efficace* saranno:

- comprendere le tecniche di struttura del pensiero logico per la trasmissione efficace delle informazioni;

- introdurre le tecniche di inversione del ruolo per la comprensione delle aspettative dell'interlocutore;
- esercitarsi nella preparazione di presentazioni efficaci, finalizzate alla valorizzazione dei contenuti;
- comprendere la strutturazione del documento: l'implicito e l'esplicito nella stesura di un documento;
- acquisire tecniche di esposizione, e nozioni sulla curva d'attenzione;
- la conversione del linguaggio scientifico in linguaggio politico e laico;
- l'uso corretto dei media di comunicazione (stampa scientifica, laica, congressi, conferenze stampa, internet, interviste).

Lavorare per progetti in sanità (percorso di un modulo suddiviso in due giornate, seconda settimana 2004)

Gli obiettivi del corso di *Project Management* in sanità saranno:

- sviluppare l'orientamento ai risultati e la visione trasversale e interfunzionale dell'organizzazione attraverso il *Project Management*;
- comprendere la definizione di progetto ed i suoi caratteri distintivi (temporaneità, unicità, innovatività, multidisciplinarietà);
- mappare un possibile sistema di attori interni nei progetti della Sanità;
- acquisire competenze sul ruolo e competenze del *Project Manager*;
- esaminare il ciclo di vita nei progetti in Sanità;
- imparare a definire il sistema di obiettivi;
- imparare a scomporre logicamente le attività e imparare a programmare;
- imparare a definire il rischio il progetto;
- acquisire gli strumenti di monitoraggio di progetto;
- imparare a negoziare all'interno del *team* e gestire il conflitto.

I casi e le esercitazioni del Master

I casi e le esercitazioni del Master saranno di natura composita:

- trasversali ai diversi mercati, non di pertinenza della sanità, utilizzati proprio per permettere il confronto con altre realtà di *management e comunicazione*;
- specifici della sanità principalmente sviluppati per la pubblica amministrazione;
- specifici per i Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze sviluppati logicamente sulle competenze e prestazioni sanitarie effettuate;
- attenzione verrà riservata a casi ed esercitazioni esemplificative della gestione degli strumenti terapeutici di maggiore uso nel settore delle dipendenze, ed in particolare ai farmaci sostitutivi, in relazione ai vari aspetti trattati dal Master.

Il project work

Il *project work* sarà stabilito al termine della terza settimana con il tutor del Master su un progetto aderente a management e comunicazione e al contempo valido per il dipartimento guidato dal professionista partecipante al Master.

Metodi didattici

Nel corso delle giornate di formazione saranno utilizzati metodi didattici "attivi", ideali per coinvolgere i partecipanti e renderli protagonisti della loro formazione nella loro realtà operativa. I corsi sono tenuti da docenti ISTUD così come le esercitazioni saranno sempre seguite da un tutor dalla Faculty dell'ISTUD. Durante il percorso didattico, i processi d'apprendimento saranno sostenuti e integrati da una piattaforma online (*Learning Room*), accessibile ai partecipanti tramite password personale. All'interno della piattaforma saranno resi disponibili materiali didattici, letture, questionari di assessment, casi ed esercitazioni.

ISTUD - Istituto Studi Direzionali, è stato fondato nel 1970 per iniziativa di Assolombarda e di un gruppo di grandi aziende fra cui Pirelli, Olivetti, IBM, SMI. Oggi è scuola di management di livello internazionale. Il 51% del capitale azionario è detenuto dall'Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori, ente fondatore e di garanzia dell'Università Cattolica. info@istud.it - www.istud.it

L'attivazione di questo strumento assume particolare importanza per due ordini di motivi. In primo luogo, consente di ottimizzare il processo formativo con l'attivazione di alcuni strumenti, quali:

- l'assessment: compilazione di questionari di assessment online che consentono di realizzare un "fine-tuning" della progettazione del percorso didattico;
- preparazione all'aula: distribuzione di letture propedeutiche e materiali didattici da fruire in autonomia da parte dei partecipanti in preparazione alla fase d'aula;
- materiali didattici online: successivamente alla fase d'aula, sono resi disponibili sulla piattaforma tutti i materiali didattici utilizzati in aula, più eventuali materiali per l'approfondimento di temi e questioni emerse;
- test: a breve distanza dall'erogazione delle giornate d'aula, i partecipanti potranno sostenere dei test (sotto forma di casi da discutere o domande chiuse/aperte). La finalità di questa fase non vuole essere valutativa bensì di analisi del livello di apprendimento al fine di colmare eventuali gap con la fase successiva;
- follow-up: i responsabili dei percorsi formativi potranno fornire individualmente a ogni singolo partecipante indicazioni e suggerimenti per completare e approfondire il proprio processo di apprendimento.

Il secondo fattore che suggerisce l'attivazione di questo strumento è la lunghezza dell'arco temporale su cui si distribuisce il percorso.

La Learning Room può infatti rappresentare una modalità per "tenere insieme" i diversi pezzi del percorso, costituendo un luogo di apprendimento continuo, di incontro e di confronto con gli altri partecipanti.

Docenti

I docenti dell'ISTUD sono studiosi, professionisti, accademici e dirigenti d'azienda, scelti sulla base dei seguenti criteri: abilità specifica nell'utilizzo dei metodi attivi, conoscenza effettiva dei problemi aziendali derivata da esperienze significative di direzione, consulenza o ricerca, capacità dimostrata di contribuire al progresso delle discipline direzionali nell'area di competenza. Tra i docenti della Faculty dell'Area Sanità dell'ISTUD per la realizzazione del Master sono stati individuati:

Filippo Bolla - Economista Sanitario. Laurea in Scienza Economiche, specialità in "Health Policy and Management" presso la John Hopkins University di Baltimora, consulente sanitario in Svizzera e in Italia sui temi di gestione finanziaria e *process reengineering* in sanità.

Franco Chesi - Consulente. Laurea in Economia, MBA Harvard University in Marketing, già responsabile marketing di prestigiose aziende multinazionali, docente ISTUD e consulente d'impresa sui temi del marketing strategico e comunicazione.

Roberto De Luca - Consulente di direzione aziendale. Laurea in Economia, Master in Business Administration - Manchester Business School, Columbia University, partner SGC Sviluppo Gestione Controllo, docente di pianificazione e controllo nei corsi SDS dell'Università di Milano e dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio, esperto di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie, docente ISTUD di Controllo di Gestione.

Maria Giulia Marini - Responsabile Area Sanità dell'ISTUD. Epidemiologa. Laurea in Chimica farmaceutica, specialità in Epidemiologia e Farmacologia, professore a contratto di Metodologie Economico Sanitarie dell'Università di Pavia, docente ISTUD. Coordinatore per la Società di Scienze Farmacologiche Applicate delle attività del gruppo di Economia Sanitaria e Farmacoeconomia.

Fabrizio Maria Pini - Docente di marketing e strategia. Laurea in Economia aziendale e specializzazione post-laurea in marketing ed economia industriale. Professore incaricato di marketing presso l'Università degli Studi di Siena e l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Consulente d'impresa dell'area marketing strategico, brand management e comunicazione, docente ISTUD.

Paola Pirrello - Psicologa. Laurea in Psicologia del lavoro, coordinatrice e docente dell'area Comportamento Organizzativo dell'ISTUD su temi del teamworking e teambuilding, comunicazione, ruolo manageriale e leadership. Responsabile delle attività di formazione formatori interne all'ISTUD.

I docenti dell'ISTUD potranno essere affiancati in aula da altri docenti e testimoni con competenze specifiche dell'Area dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze. ✉

Sede e date del Master

Il Master si svolgerà per la parte residenziale 2003 e 2004 a Montecatini Terme, presso l'Hotel Belvedere, via Fedeli n. 10. Le date fissate, limitatamente al lavoro residenziale d'aula, sono:

19-22 maggio 2003

11-14 novembre 2003

23-26 marzo 2004

08-12 novembre 2004

L'arrivo a Montecatini è previsto nella serata del giorno precedente.

Grazie all'attenzione riservata alla iniziativa da ESSEX Italia, FeDerSerD è lieta di offrire gratuitamente il Master biennale di 400 ore ai 38 professionisti italiani ammessi al Master.

Per la parte alberghiera a Montecatini Terme (17 giornate di presenza) potrà essere richiesta una minima partecipazione alle spese.

Segreteria del Master

Segreteria: Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi - Segreteria FeDerSerD

Responsabile Progetto: Elena Monti

Responsabile Segreteria: Debora Buzzi

telefono: 031/748814 - fax: 031/751525

e-mail: federserd@expopoint.it

Ultima ora:

La Commissione ECM ha attribuito n. 34 crediti formativi per il primo modulo del 19-22 maggio 2003

Primo annuncio

Due Convegni Nazionali di FeDerSerD

DIPENDENZE: ASPETTI CLINICI, ETICI E DELLA INTEGRAZIONE TERRITORIALE

Reggia di Caserta, 18 e 19 settembre 2003

Per informazioni: info@studioesse.net

I DISTURBI AFFETTIVI E D'ANSIA NELLA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI E ILLEGALI

Abano Terme, 17 e 18 ottobre 2003

Per informazioni: federserd@expopoint.it

FeDerSerD - FICT

Corso di Formazione Interdisciplinare

DALL'APPROCCIO FARMACOLOGICO AL PROCESSO EDUCATIVO RIABILITATIVO

27 giugno 2003 - ore 9,00-18,00

Sala Convegni - Comunità Il Ponte CIVITAVECCHIA

Accreditato ECM per tutte le professioni

NOTIZIE IN BREVE

Percorso comune di FeDerSerD e SITD Piemonte/Valle d'Aosta

Venerdì 28 marzo a Torino si sono riunite una delegazione nazionale di FeDerSerD e il Direttivo Regionale Piemonte/Valle d'Aosta della SITD.

L'iniziativa, nata da una lettera di intenti della SITD regionale per proporre ai soci SITD di valutare anche l'adesione a FeDerSerD, proposta che aveva da subito trovato l'accordo di FeDerSerD, è stata estremamente positiva.

Il bisogno di creare un più articolato supporto organizzativo tra gli Operatori impegnati nella crescita professionale e culturale dei Servizi e la visione pluridisciplinare propria della SITD regionale piemontese, favoriscono l'unità di intenti ed azione con FeDerSerD.

Il significativo proporsi di FeDerSerD tra gli interlocutori attivi nel campo delle dipendenze, riconosciuto dai colleghi piemontesi presenti (a cominciare da Emanuele Bignamini, Presidente regionale

SITD) favorisce la riflessione sulla inutilità di una separazione tra associazioni che operano nello stesso campo e con fini analoghi.

Associazioni che hanno il loro humus in chi lavora nel settore e si confronta quotidianamente con la realtà dell'operatività.

Salvaguardando specifiche realtà, quali la salvaguardia della specificità e omogeneità regionale, è possibile sostenere un processo di unione delle realtà attive nel settore attraverso l'adesione degli Operatori alle più significative.

Le due delegazioni hanno deciso di approfondire velocemente gli aspetti organizzativi e di organizzare già nei prossimi mesi iniziative comuni.

Per FeDerSerD erano presenti il Presidente nazionale Alessandro Coacci, il Segretario esecutivo nazionale Alfio Lucchini e Maurizio Fea del Direttivo nazionale.

Corso "Principi di Buon Uso del Metadone" Corsi attivati nel secondo trimestre 2003

Crediti ECM attribuiti: n. 6
Per informazioni:
federserd@expopoint.it

15 aprile 2003

Regioni: Abruzzo - Marche - Molise
Sede: Sporting Hotel VillaMaria - Francavilla Al Mare - Chieti, Contrada Pretaro
Riservato a medici
Responsabile FeDerSerD:
Dr. Pietro D'Egidio

29 aprile 2003

Regione: Puglia - Area: Lecce
Sede: Grand Hotel Tiziano e dei Congressi - Lecce
Riservato a medici
Responsabile FeDerSerD:
Dr. Roberto Cataldini

9 maggio 2003

Regione: Campania - Area: Napoli
Sede: Starhotel Terminus - Piazza Garibaldi, 91 - Napoli
Riservato a medici e psicologi
Responsabile FeDerSerD:
Dr.ssa Clara Baldassarre

16 maggio 2003

Regione: Campania - Area: Caserta
Sede: Novotel Caserta Sud - S.S. 87 Sannitica, km 22.600 - Capodrise - Caserta
Riservato a medici e psicologi
Responsabile FeDerSerD:
Dr. Antonio d'Amore

7 giugno 2003

Regione: Basilicata
Sede: Kiris Hotel - Contrada Case Rosse - Viggiano - Potenza
Riservato a medici
Responsabile FeDerSerD:
Dr. Donato Donnoli

28 giugno 2003

Regione: Puglia - Area: Bari
Sede: Villa Romanazzi Carducci - Bari
Riservato a medici
Responsabile FeDerSerD:
Dr. Roberto Cataldini

Corso "Focus sulla farmacoterapia delle dipendenze. La Buprenorfina" Corsi attivati nel secondo trimestre 2003 (elenco parziale)

Crediti ECM attribuiti: n. 5-6
Per informazioni:
federserd@expopoint.it

Padova 7 maggio

Hotel Plaza, Corso Milano, 40
Accreditato per medici, psicologi, infermieri professionali ed educatori professionali

Genova, 9 maggio

Novotel Genova Ovest
Via Cantore, 8
Accreditato per medici, psicologi, infermieri professionali ed educatori professionali

Cavaglià (Biella) maggio

Green Park Hotel
Accreditato per medici, psicologi, infermieri professionali ed educatori professionali

Jesi - 16 maggio

Hotel Federico II
Accreditato per medici

Verona 6 giugno

Hotel Ibis, Via Fermi, 11/c
Accreditato per medici, psicologi, infermieri professionali ed educatori professionali

Milano 10 giugno

Centro Congressi Stelline
Corso Magenta, 59/91
Accreditato per medici, psicologi, infermieri professionali ed educatori professionali

Premio "MOLTENI PER LA TOSSICODIPENDENZA" in collaborazione con FeDerSerD

Scadono il 30 giugno i termini di presentazione degli elaborati

Il premio, di 10.000 € complessivi, verrà assegnato in base al contenuto scientifico dei lavori presentati e suddiviso tra i due operatori o i due gruppi di operatori che presenteranno il miglior lavoro sui due temi seguenti:

- Metadone e Reinserimento Sociale
- Metadone e Farmacoeconomia.

Il premio è rivolto alla valorizzazione dell'insieme del sistema dei servizi italiani.

L'organizzazione nella produzione del lavoro è libera, si consiglia di seguire le modalità classiche: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione, bibliografia.

Il materiale dovrà essere al massimo di n. 10 cartelle (indicativamente 50.000 battute word), compresi gli eventuali grafici, tabelle, illustrazioni e bibliografia.

I lavori devono essere inviati, con raccomandata, a RGB Medical - Direzione Scientifica, viale Piave n. 1, 20129, Milano.

Alla copia originale del lavoro dovranno essere allegate n. 5 copie e la documentazione descritta di seguito:

- domanda di ammissione al concorso in carta libera completa dei dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico;

- breve curriculum dei partecipanti al concorso;
- dichiarazione che l'Ente di appartenenza dell'operatore o degli operatori è a conoscenza dell'iniziativa e autorizza alla partecipazione;
- autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96.

I premi verranno assegnati durante un convegno FeDerSerD di rilevanza nazionale, che si terrà in Lombardia nell'ultima decade del novembre 2003.

Tutti i lavori pervenuti non saranno restituiti.

Oltre ai lavori premiati, tutti i lavori ritenuti scientificamente validi saranno oggetto di pubblicazione.

Tutti i partecipanti saranno contattati sull'esito della loro partecipazione.

La commissione giudicatrice è composta da presidente, vicepresidente, segretario e comitato etico scientifico di FeDerSerD: Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Gilberto Gerra, Pier Paolo Pani, Clara Baldassarre, Antonio Mosti, Roberto Calabria, Vincenzo Marino.

Per ulteriori eventuali notizie sul bando, consultate il sito www.federserd.it

Riportiamo i contenuti della sessione sul tabagismo del Congresso nazionale FeDerSerD di Cernobbio.

Un tema molto attuale, sia per gli operatori dei servizi, sia per gli aspetti scientifici in evoluzione.

Pubblichiamo le relazioni scientifiche del Congresso, in una versione discorsiva, per le numerose richieste in tal senso giunte da operatori e studiosi.

Tabagismo

Piergiorgio Zuccaro*

I giorni in cui si svolge questo convegno rappresentano giornate particolari per il problema del tabagismo perché, leggendo il giornale o sentendo le notizie alla radio o alla televisione, saprete che è stata approvata al Senato quella norma che vieta di fumare nei bar, nei ristoranti e in tutti quei luoghi in cui la legge non aveva ancora una sua valenza. Tale norma è stata approvata all'unanimità, senza nessun problema.

Qual è la cosa che noi dobbiamo cogliere come importante? È il fatto che ormai nessuno ha più il coraggio apertamente di parlare bene del fumo.

Quindi anche questo è un nuovo segnale, l'ultimo che ci fa capire che c'è stata una inversione di tendenza in questi anni: prima fumare era una cosa normale; adesso il fumatore, anche se fuma, sa che ci sono restrizioni.

Ora uno sta attento a fumare se è in presenza di un'altra persona non solamente per paura di un'ammenda che poi è abbastanza evanescente, ma lo fa perché si accorge che c'è un costume sociale cambiato.

Quindi abbiamo fatto degli enormi passi avanti, però questo non basta, perché abbiamo in Italia uno "zoccolo duro", e questo significa che mentre negli anni passati abbiamo avuto una diminuzione significativa per quanto riguarda il numero di fumatori, ora il numero non diminuisce più.

Quindi dobbiamo studiare interventi che siano più efficaci.

Per quanto riguarda il quadro internazionale, ci si muove in maniera abbastanza puntuale. A Ginevra si stanno svolgendo incontri per la formulazione di una Convenzione Quadro che legherà tutti i paesi del mondo nella lotta al tabagismo con delle misure di carattere non solo sanitario, ma anche fiscali ed economiche e questo è un altro aspetto per capire qual'è l'impegno dato in questo settore.

A livello dell'Unione Europea è stata attuata una direttiva che è stata recepita dal Governo Italiano: presto ci saranno anche in Italia sui pacchetti di sigarette le scritte a carattere sanitario che avranno dimensioni maggiori, saranno più visibili, non saranno relegate in ambiti nascosti.

Saranno scelti anche nuovi messaggi per evitare anche il problema dell'"assuefazione" al messaggio.

Verranno tolte le scritte "light - extralight - ultralight" che possono trarre in inganno sulla reale pericolosità delle sigarette.

Poi, e questo è un aspetto che è previsto dalla normativa e che speriamo di attuare nel minore tempo possibile, sarebbe auspicabile mettere a punto delle metodologie che ci permettano di dosare non solo la nicotina, il monossido di carbonio e il condensato. Dovremmo andare verso misure più raffinate; per esempio il condensato è una misura grezza, che si fa addirittura per pesata. Non sappiamo poi cosa c'è effettivamente nel condensato; per esempio non sappiamo il contenuto in nitrosammine o idrocarburi policicli-

ci aromatici. Dovremmo quindi sostituire a questa misura grezza di tossicità qualcosa di più raffinato e scientifico, per una questione di chiarezza nei confronti del fumatore: indicare cioè tutte quelle sostanze che fanno della sigaretta un prodotto da evitare per la salute.

Per quanto riguarda l'Italia, l'Osservatorio si è mosso in diversi ambiti.

Abbiamo attivato un numero verde contro il fumo 800554088, attivo tutti i giorni da tre anni e che fornisce un supporto di counselling a chi ci telefona, ai famigliari e/o ai fumatori che vogliono smettere, ma anche agli operatori (sulle leggi e sulla letteratura più aggiornata); abbiamo pensato che fosse importante, non solo per i fumatori, mandare messaggi più articolati oltre al semplice messaggio di smettere. Ci sono oggi terapie che hanno una validità scientifica e allora abbiamo pensato di scrivere delle linee-guida pubblicate il 31 maggio 2002, che hanno avuto una particolare attenzione da parte del Ministro Sirchia, che all'inizio del mese di agosto di quest'anno ha creduto opportuno di fare una conferenza stampa insieme all'Osservatorio, per rivolgersi ai medici, non solo ai medici di famiglia ma a tutti i medici e ha iniziato una campagna che si chiama "Io non fumo con il mio medico". Sul sito Internet del Ministero della Salute ci sono le modalità per iscrivere medici e utenti che smettono di fumare e poi si farà una sorta di lotteria, dove non ci saranno premi, però il Ministro vorrebbe portare all'attenzione pubblica quei medici che si sono più adoperati per questo tipo di campagna. Questo perché, malgrado le sollecitazioni che vengono da molte parti, il medico purtroppo è molto disattento alle problematiche del tabagismo.

Queste linee-guida possono essere consultate e scaricate dal sito del Ministero.

Noi riteniamo che il medico di famiglia debba fare un intervento di primo livello che può essere efficace, ma poi debba inviare le persone che hanno problemi particolari per smettere di fumare a dei Centri specializzati.

Abbiamo censito questi centri per fornire al cittadino tutte le informazioni per rivolgersi a questi centri che fanno un intervento più mirato.

Questi centri di secondo livello in alcuni casi sono dei Ser.T., da soli o in collaborazione con i Servizi di Pneumologia o con altre strutture Ospedaliere.

Quali sono i problemi per l'attuazione di questi interventi?

Molto spesso gli operatori che si occupano di tabagismo fanno "volontariato", con un messaggio tipo "se ti interessa, fallo", senza però nessun tipo di incentivo.

Per esempio, fino ad ora, non esiste un solo finanziamento ad hoc che riguardi il tabagismo.

Anche nell'ultimo decreto per esempio è stato inserito il gioco d'azzardo, mentre sembra ci sia ancora una preclusione per quanto riguarda l'inserimento del tabagismo nelle tossicodipendenze.

Occorrerebbe inserire la possibilità di chiedere finanziamenti sui progetti per la lotta alla droga anche sul tabagismo.

* Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico Alcol, Droghe e Tabacco dell'Istituto Superiore di Sanità - Roma.

Occorrerebbe inoltre ottenere che lo Stato, che ricava da ogni pacchetto di sigarette venduto il 63-65% in tasse, devolvesse qualcosa ai cittadini per finanziare progetti e centri anti-fumo.

Sarebbe importante creare un Piano nazionale Tabagismo per recepire tutte queste istanze.

Partendo cioè dalla considerazione che la cessazione dell'abitudine al fumo costituisce la strategia più efficace per diminuire la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine, abbiamo cercato di ragionare su più fattori concomitanti:

- consapevolezza dei danni causati dal fumo;
- aumento percentuale del numero di fumatori che vogliono smettere;
- esistenza di Centri Antifumo;
- disponibilità di trattamenti efficaci.

Per questo nella stesura delle linee-guida ci siamo proposti di fornire indicazioni a partire dalla revisione sistematica di tutta la letteratura scientifica pubblicata dal 1990 al 2001, ricercando gli studi controllati randomizzati e le linee-guida elaborate da altri organismi.

Per ogni tipo di raccomandazione abbiamo dato una valutazione di evidenza con una scala da 1 a 5, intendendo come 1 la revisione sistematica e come 5 il parere di esperti in assenza di prove di efficacia.

Per esempio si è visto che un intervento molto semplice quale quello di chiedere, se uno fuma (ASK), di smettere, è un intervento di per sé fortemente raccomandato (forte raccomandazione A ed evidenza 1). ✎

*Karl Fagerstrom**

L'argomento principale del mio intervento è come agisce la nicotina sul cervello.

La nicotina è una sostanza psicoattiva che stimola l'attività cerebrale in due aree: corteccia e sistema limbico.

Attraverso il sistema limbico, la nicotina agisce in maniera inibitoria in modo da eliminare sensazioni sostanzialmente negative con un meccanismo analogo a quello delle benzodiazepine, che però hanno effetti collaterali quali stanchezza e sonnolenza e quindi riducono la capacità di concentrazione e il livello di attività, mentre la nicotina oltre a tranquillizzare agisce anche da stimolante sulla corteccia cerebrale e sul locus ceruleus che incrementano la capacità di concentrazione.

La nicotina è dunque una delle poche sostanze che agisce contemporaneamente da stimolante e sedativo.

Cosa succede ai recettori nicotinici?

Possono trovarsi in differenti condizioni: attivati, sensibilizzati, desensibilizzati.

Quando un adolescente inizia a fumare, immagino che tutti abbiano provato una volta nella vita, il sistema recettoriale è assolutamente sensibile alla nicotina: bastano infatti pochi tiri di una sigaretta che il sistema viene immediatamente attivato.

Addirittura, la stimolazione recettoriale può far sì che compaiano sintomi quali tosse, sudorazione, nausea.

Come ogni sistema, anche il nostro sistema nicotinico tende a mantenere un'omeostasi con una up regulation recettoriale che il nostro cervello mette in atto per difendersi contro gli effetti negativi generati dalla nicotina stessa.

Quindi maggiore sarà la quantità di nicotina introdotta nell'organismo, maggiore sarà il numero di recettori attivati: proprio questa up regulation è responsabile della tolleranza nel lungo periodo.

Nei fumatori si ha infatti una maggior presenza di recettori rispetto ai non fumatori. Quando uno cerca di smettere di fumare, c'è un

numero elevatissimo di recettori per cui si ha un'attività ipercolinergica che comporta la comparsa di sintomi d'astinenza.

Quando un fumatore si sveglia la mattina e non ha ancora fumato una sigaretta, i suoi recettori nicotinici sono già aperti e quindi la prima sigaretta della giornata viene percepita in modo diverso, perché ha una maggior capacità stimolante rispetto a tutte le altre fumate nella giornata (tolleranza a breve termine).

I sintomi di astinenza da nicotina sono i seguenti: irritazione, rabbia, aumento del peso corporeo, insonnia, difficoltà di concentrazione, insofferenza, cefalea.

I due sintomi che sono strettamente legati alla recidiva sono la disforia ed il craving.

E tra l'altro l'aumento del peso corporeo comincerà nel lungo termine la comparsa di recidiva soprattutto nelle donne.

Il tabagismo viene considerato dall'OMS una vera e propria malattia.

Il DSM IV-T elenca la nicotina tra tutte le altre sostanze che possono dare dipendenza. Seguendo i criteri elencati dal DSM IV-T la metà dei fumatori verrebbe considerata dipendente.

Se invece noi volessimo avere un indicatore più semplice di dipendenza, possiamo utilizzare il test che prende il mio nome, dove semplicemente si misura l'intervallo di tempo che intercorre dal risveglio all'accensione della prima sigaretta.

La mattina, il livello di nicotina è bassissimo, inesistente (si può dosare la cotonina, che è il principale metabolita della nicotina, nella saliva). Più il livello di cotonina è basso, più sarà breve l'intervallo che intercorre dal risveglio all'accensione della prima sigaretta.

Se l'accensione avviene nei primi 30 minuti, ci troviamo di fronte ad un soggetto certamente dipendente, se avviene dopo due ore il soggetto non è dipendente.

Attualmente ci sono a disposizione alcune terapie farmacologiche per la dipendenza da nicotina.

Tra le terapie non sostitutive, citiamo il bupropione, già in commercio; la nortriptilina;

il rimonobant, bloccante recettore THC, agonista parziale della nicotina.

Per quanto riguarda invece le terapie sostitutive (a base di nicotina), occorre fare una precisazione: nulla riesce a equiparare l'assunzione rapidissima di nicotina data da una sigaretta. Nel sangue arterioso infatti ci sono concentrazioni elevatissime di nicotina che nessuna terapia sostitutiva riesce a raggiungere. È come se la sigaretta rappresentasse una Formula 1 e le terapie sostitutive un'utilitaria.

Il grosso problema quindi delle terapie sostitutive è il sottodosaggio. Venti sigarette al dì corrispondono a un uptake di 30 mg di nicotina, pari a circa 30 chewing-gum a base di nicotina.

Per poter garantire un simile uptake, occorre mettere quindi il cerotto di nicotina e poi masticare qualche gomma nella giornata.

Per quanto riguarda invece il bupropione, esso è in grado di controllare il rilascio di dopamina e noradrenalina nell'encefalo, ma è stato recentemente scoperto che si tratta anche di un antagonista dei recettori della nicotina.

Alcuni trial, in particolare uno studio americano ed uno studio multicentrico europeo su fumatori che già presentavano problemi cardiovascolari o BPCO indicano che può essere considerato un farmaco di efficacia pari o superiore alla terapia sostitutiva.

Occorre utilizzare bupropione a partire da una settimana prima rispetto a quando una persona smette di fumare.

Si comincia con un dosaggio ridotto (150 mg) per passare in settimana a dosaggio intero (300 mg).

Controindicazioni: attenzione a valutare ogni paziente rispetto alle crisi convulsive perché abbassa la soglia, come del resto altri antidepressivi.

Il rimonobant è promettente per il fatto che sembra un farmaco che agisce sul "craving compartment", che potrebbe avere un'applicazione più generale sull'uso anche di altre sostanze oltre la nicotina e sui disturbi del comportamento alimentare.

* Società per la Ricerca sulla Nicotina e il Tabacco, Docente Università di Uppsala - Svezia.

Concludendo, ci sono attualmente allo studio nuovi farmaci per il trattamento della dipendenza da nicotina: da una parte la ricerca di terapie sostitutive più efficaci, più rapide, più potenti, dall'altra tre vaccini (uno in Gran Bretagna, uno negli Stati Uniti e uno in Svezia). ✍

Biagio Tinghino*

Qual'è stata la storia italiana della lotta al fumo?

È iniziata nel 1973, con l'importazione dagli Stati Uniti del "Piano dei cinque giorni" per smettere di fumare, terapia di gruppo fatta sui grossi numeri e legata ad Associazioni di volontariato.

Il 1975 vede invece nascere la legge sul fumo, che proibisce il fumo nei luoghi pubblici, del 1983 è la legge contro la pubblicità del tabacco ed intorno al 1985-86 vengono strutturati interventi che riguardano i fumatori.

In particolare nasce il modello della Lega Italiana Lotta contro i Tumori e contemporaneamente quello del GFT del dott. Mangiaracina.

Qualche anno fa, nel 1989, si pensa alla costituzione di una Società Scientifica che si occupi di Tabaccologia in maniera specifica.

La chiamiamo Società Italiana di Tabaccologia e include tutti quelli che, animati da buona volontà e cocciutaggine, decidono di mettersi insieme su questo progetto.

Nel Duemila nasce un'altra importante iniziativa, ad opera del Settore Tossicodipendenze della Regione Emilia-Romagna: la Consulta Nazionale sul Tabagismo, che raccoglie tutti gli Enti e gli Istituti del privato sociale e del pubblico che vogliono fare qualcosa sul problema del tabagismo, che si costituisce come organizzazione non governativa.

Un'altra occasione importante è che, molto di recente, qualche mese fa, è stata nominata da parte dei Presidenti delle Regioni una Commissione di Rappresentanti, per cui per ogni Regione d'Italia c'è un rappresentante che fa parte di questo consiglio tecnico che si occupa di tabagismo.

Quindi a livello nazionale sono stati indicati rappresentanti che possono interfacciarsi con la Conferenza Stato-Regioni.

In Lombardia sono state fatte alcune esperienze.

Nel 1995 è stata costituita la Commissione per la lotta al Tabagismo, sono state emanate linee-guida per la lotta al tabagismo, sono stati costituiti dei gruppi di lavoro.

Dopo questo excursus, vorrei parlare di iniziative concrete, perché noi siamo operatori del settore tossicodipendenze e suona strano che la maggior dipendenza in Italia venga un po' misconosciuta anche dagli operatori del settore, come se ci fossero sempre cose più grosse o macroscopiche di cui occuparsi.

Non dimentichiamoci che la sigaretta produce 90.000 morti l'anno. Credo che poi quando i ragazzi chiedono se la sigaretta sia una droga leggera o una droga pesante, bisogna vedere con quale bilancia si pesa la gravità di una sostanza. Certo, è leggera se pensiamo che il fumatore è inserito socialmente e non deve rubare per procurarsi le sigarette.

Vorrei vedere però se mettessero fuori legge le sigarette, perché questo è tutto un altro discorso: il fumatore infatti non ha atteggiamenti socialmente devianti, anche se quando ci fu lo sciopero dei tabaccai vi fu chi strappava le sigarette di bocca ai passanti o attraversava la frontiera per comprarsi le sigarette.

Sul piano del peso sociale, credo che 90.000 morti/anno sia una realtà importante per occuparcene.

Il fumo dà una dipendenza molto forte.

Noi abbiamo fatto come gruppo di lavoro un percorso di ricerca, che partiva dall'esame del disagio di un ragazzo che poi va a fuma-

re, correlato coi fattori di efficacia nell'adulto e da quello abbiamo tratto due conclusioni terapeutiche.

Questo lo dico per affermare un concetto: che il fumo è una dipendenza, che si radica come tutte le dipendenze in un contesto di difficoltà del ragazzo e diventa una scorciatoia e un bypass per rapportarsi e relazionarsi col mondo esterno, per crescere.

Come succede per tante altre dipendenze, vi è un substrato di disagio.

Per esempio, il ragazzo che fuma ha una maggiore ansia rispetto alle prestazioni, una discrepanza nella percezione di sé, una minor socializzazione e pratica degli sport, una maggior incidenza nel consumo di altre sostanze (34% vs 19.8%).

In termini pratici, i fattori di rischio di tabagismo nei giovani consistono in:

- problemi di autostima;
- problemi di ansia che determinano condotte di esitamento;
- difficoltà di socializzazione;
- maggiore attitudine al consumo di alcol e droghe;
- maggior frequenza di problematiche legate all'immagine corporea.

Abbiamo verificato anche maggior associazione coi disturbi del comportamento alimentare, presenza di genitori e/o amici che fumano, difficoltà ad opporsi alla pressione dei pari.

E queste sono osservazioni banalissime che valgono per tutte le dipendenze.

Se poi andiamo a vedere quali sono i fattori di efficacia nella terapia, anche qui troviamo similitudini tra come si inizia e perché si smette di fumare.

Per esempio, la terapia è efficace nei soggetti che fumano meno, quindi c'è anche un rapporto con la quantità, ma non solo con la quantità tout court, anche con gli accessi alla sostanza, per cui non è solo il problema di fumare per esempio venti sigarette, ma il come le si fumano, con che frequenza uno ricorre alla sigaretta come se abbia maggior importanza l'aspetto compulsivo rispetto alla quantità di prodotto attivo assorbito.

Un altro fattore di efficacia è la risposta al test di Fagerstrom, che è un test molto semplice sulla dipendenza che va a misurare dopo quanto tempo uno accende la sigaretta la mattina, cioè quanto è grande l'astinenza la mattina.

Altri fattori di efficacia sono:

- il numero di tentativi precedenti di smettere: noi abbiamo notato che chi ha provato cento volte ha più difficoltà a smettere come ha più difficoltà chi non ha mai provato; i due estremi ci danno preoccupazione;
- la durata dei tentativi: se uno è riuscito a rimanere astinente per due anni per esempio ha più possibilità di farcela;
- la comorbilità con disturbi psichiatrici diminuisce la possibilità di smettere di fumare: c'è una forte correlazione tra depressione e fumo;
- l'uso concomitante di alcol e di psicofarmaci, comprese le benzodiazepine, fa abbassare l'efficacia dei fattori predittivi: cioè, se un paziente per qualsiasi motivo ha utilizzato psicofarmaci per un periodo prolungato, questo paziente ha un problema nello smettere di fumare; questo non tanto perché la molecola continui ad avere un'efficacia nel tempo, ma perché evidentemente è un soggetto che ha avuto particolari problematiche;
- la motivazione a smettere;
- la presenza di disturbi del comportamento alimentare;
- il livello di self-efficacy, che è stato valutato come parametro importante in letteratura.

Abbiamo visto che ci sono tutti i parametri per misurare una dipendenza, per cui possiamo essere tutti d'accordo sul fatto che il trattamento del tabagismo non può che essere un trattamento integrato, essendo un problema complesso che non ha la sua origine semplicemente nel vizio o nell'abitudine che è un discorso superficiale se vogliamo, ma ci sono backgrounds estremamente importanti.

* Segretario della Società Italiana di Tabaccologia; Dipartimento delle Dipendenze, ASL Provincia Milano 3.

Se è un problema complesso, occorre quindi una risposta complessa. Quali sono dunque i modelli terapeutici proposti?

- il Piano dei cinque giorni, cinque giorni intensivi in gruppo più alcuni richiami; vi è la presenza di un conduttore esperto che non è uno specialista, un'impostazione frontale, direttiva, con training di gruppo e tecniche di rilassamento;
- il Modello della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori: un taglio psicologico ad orientamento psicodinamico; si ha una valutazione preliminare sull'ingresso al gruppo perché le dinamiche di gruppo possono essere facilitanti per un percorso terapeutico, ma nello stesso tempo possono portare elementi di squilibrio e quindi, prima che un paziente venga inserito nel gruppo, soprattutto se questo gruppo ha un'impostazione psicodinamica è necessario che ci sia un filtro. In genere non vengono prescritti farmaci e vengono dati consigli sullo stile di vita;
- il Sistema dei GFT (Gruppo Fumatori in Trattamento) assomiglia nell'impianto al Piano dei cinque giorni, si distingue per il fatto che vengono prescritti anche farmaci;
- i Gruppi di Auto-Aiuto, gruppi aperti che si sono sviluppati soprattutto in Veneto dalla esperienza degli AA, che prevedono l'intervento di ex-corsisti ed un supporto abbastanza lungo.
- il nostro modello, che è un Modello Integrato, in cui abbiamo sia un trattamento di gruppo con gruppi di 8-12 persone, ma anche terapie individuali; facciamo un colloquio di valutazione preliminare sanitario e psicologico, misuriamo sempre il monossido di carbonio espirato perché è un indice dell'accumulo di monossido di carbonio nel sangue, quindi è un indice di intossicazione da fumo, e abbiamo anche la percentuale di conversione a carbossemoglobina.

In gruppo utilizziamo la co-conduzione, per cui abitualmente si ha la presenza di un medico e di uno psicologo e questa è la piccola novità che abbiamo introdotto.

I farmaci vengono proposti, ma non imposti. Vengono proposti soprattutto in soggetti fortemente dipendenti (cioè con alto test di Fagerstrom), però viene anche lasciato a chi lo desidera la possibilità di sperimentarsi anche senza farmaco.

Naturalmente vengono anche inseriti consigli dietetici, e utilizziamo anche tecniche di agopuntura (in particolare il protocollo Acudetox), che abbiamo visto non essere una bacchetta magica, ma un discreto supporto.

Noi facciamo anche terapie individuali perché riteniamo che non tutti i pazienti possano essere inviati in gruppo.

Utilizziamo un protocollo di 5-6 colloqui a cadenza settimanale, e può funzionare un po' per tutti; è un intervento tipo minimal advise (potrebbe anche essere eseguito dal medico di base).

Fondamentalmente, si tratta di fornire raccomandazioni semplici, applicabili da tutti, anche da chi non volesse fare il Centro Antifumo.

Si parte dal chiedere a tutti se fumano, raccomandare di smettere, riuscire a collocare il fumatore nella risposta che dà rispetto al ciclo del cambiamento (sapere cioè se è in fase contemplativa, pre-contemplativa o pronto all'azione); aiutarlo a smettere (mandando messaggi del tipo "guarda che io ci sono, sono disponibile, ti posso prescrivere farmaci, dare consigli") e soprattutto mai far uscire il paziente dall'ambulatorio senza un piano di terapia, cioè mai lasciarlo sbandato o disorientato, il paziente deve uscire dall'ambulatorio con un minimo di programmazione: un numero di tre-quattro colloqui, con le date pronte (il modello delle 5 A: ask - advise - assess - assist - arrange).

Lo schema quindi da noi utilizzato è il seguente:

- telefonata;
- colloquio psicologico e sanitario;
- discussione in équipe: per i casi complessi terapia individuale (più protettiva per il paziente e per il gruppo) oppure solo terapia sanitaria (riduzione del danno) o terapia individuale integrata, per gli altri terapia in gruppo; per chi non è motivato, rinviare la terapia, per non far sperimentare il fallimento che renderà più difficile il risottoporsi a nuovo trattamento.

Per quanto riguarda i dati sull'efficacia dei trattamenti, occorrerà inserire nelle meta-analisi maggiori specificazioni sui modelli terapeutici utilizzati, specificando bene qual'è l'intervento di gruppo cui si fa riferimento. ✎

RECENSIONE



**Anna Maria Benaglio,
Luigi Regoliosi**

Ripensare la prevenzione Vecchie e nuove dipendenze: è possibile una prevenzione specifica?

**Mentore: Le nuove frontiere
dell'educazione / Collana diretta da
Luigi Regoliosi e Giuseppe Scaratti
Unicopli, Milano 2002, pp. 259, € 16,00**

Il testo ripropone le tappe più importanti del percorso di analisi, ricerca e rielaborazione nato dalla necessità da parte degli operatori del Servizio Dipendenze, ASL di Bergamo, di mettere a fuoco ipotesi di lettura del fenomeno tossicodipendenza finalizzati alla definizione di interventi di prevenzione meno generici e più specifici, attraverso la coniugazione del lavoro clinico con quello preventivo, dell'intervento sul caso singolo con il lavoro di comunità.

La prima parte inquadra storicamente l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenze giovanili e del concetto e della prassi di prevenzione nel nostro Paese; segue una rassegna delle principali teorie interpretative relative alla tossicodipendenza da eroina e alle nuove forme di consumo. Integra questa prima parte un'illustrazione del ruolo preventivo dei Ser.T, con particolare riferimento alla tradizio-

ne operativa del Ser.T di Bergamo. A conclusione, una messa a fuoco dei principali problemi su cui si è concentrata la nostra analisi.

La seconda parte propone i termini del dibattito attorno all'ipotesi di lettura, che ha guidato il nostro percorso, di considerare la tossicodipendenza e tutte le forme di abuso di sostanze anche come comportamento aggressivo autoplastico, individuando, a partire dall'analisi della letteratura, legami e connessioni non casuali con altre forme di "attacco al corpo": condotte autodistruttive, alcolismo, anoressia e bulimia.

La terza parte riporta le premesse e i risultati di una ricerca metodologica realizzata dall'équipe di Bergamo, con il supporto scientifico della Società Sintema, su una settantina di soggetti, afferenti in parte al Servizio e in parte ad un Centro di aggregazione giovanile. La ricerca era finalizzata ad individuare i fattori che espongono al rischio di dipendenza e le variabili che incidono sulla cronicizzazione del comportamento tossicomane.

Il testo conclude con una riflessione che riassume il senso del percorso e le ricadute della ricerca sulle strategie operative del servizio nell'area della prevenzione.

Anna Maria Benaglio, psicologa psicoterapeuta, responsabile U.O. Prevenzione del Dipartimento Dipendenze della ASL di Bergamo.

Luigi Regoliosi, psicopedagogista, docente all'Università Cattolica di Brescia. Consulente di enti pubblici e privati nel campo delle politiche giovanili, ha pubblicato testi sulle devianze giovanili e sulla prevenzione. È presidente della Società Sintema srl.

Ancora sulla formazione. Proseguiamo l'attenzione a questo tema, con la pubblicazione dell'intervento a Cernobbio del Presidente di SAMAN, nella sessione "Formazione e Specializzazione".

Auspichiamo la prosecuzione dell'attenzione a queste tematiche e nuovi contributi dai lettori.

Formazione, crescita professionale, progetto terapeutico

*Achille Saletti**

Questa opportunità mi permette di ricordare che solo grazie alla formazione, all'approfondimento, alla crescita professionale, a scoprire nuovi orizzonti – *al dare forma ad un progetto terapeutico* – Saman è riuscita a sollevarsi dalla crisi, dallo stato di impasse in cui era finita.

In preparazione di questo congresso e colto da varie curiosità, mi sono recato presso alcune librerie specializzate, realizzando che su questi aspetti specifici, formazione, specializzazione nell'ambito delle dipendenze, poco o nulla è stato pubblicato in Italia.

E poco o nulla è stato pubblicato anche in documenti ufficiali, relazioni annuali, Conferenze triennali.

Valga, per tutte, l'ultima Conferenza il cui sommario non riporta, né cita, una sola volta la parola formazione e specializzazione.

Termini che non rientravano tra le sessioni tematiche e probabilmente nemmeno tra gli orizzonti culturali di chi, quella conferenza aveva contribuito a costruirla.

Erano altre le priorità e gli argomenti da affrontare.

Se prendiamo la relazione annuale al Parlamento del 1997 (dopo Napoli) ci rendiamo immediatamente conto che la formazione appare ancora concetto estremamente confuso al cui interno si intersecano piani formativi rivolti agli addetti ai lavori in termine di formazione universitaria post laurea con piani formativi rivolti agli operatori delle forze dell'ordine.

1. Ho sempre pensato che il sistema delle dipendenze abbia, fin dalla nascita, sofferto di una sorta di sindrome da *calimero*, non riuscendo a trovare una propria autonomia operativa, se non in termini emergenziali, e non riuscendo a sviluppare nel tempo una propria concreta collocazione.

Ho sempre pensato, e su questo mi trovo completamente d'accordo con Edo Polidori, che il primo passaggio da attuare al fine di "rifondare un sistema di servizi" sia un passaggio di tipo squisitamente terminologico-culturale. Abbandonare la logica che considera la "tossicodipendenza" alla stregua di un problema, a favore di una considerazione, concettualmente meno vaga, quale quella di "fenomeno".

*E se la questione dipendenze è un fenomeno che va osservato, studiato, monitorato, su cui si costruiscono prassi terapeutiche e operative, che si inserisce all'interno di un insieme di servizi che ci pongono problemi organizzativi, se è, effettivamente, tutto questo, appare logico ipotizzare che la formazione e la specializzazione non possono ritenersi optional acquistabili solamente se ci avanzano dei soldi ma devono essere considerate parte non solo integrante del sistema ma **componente fondamentale**.*

Occorre uniformare i linguaggi, perché in sede formativa si abbattano i primi muri della diffidenza tra discipline e della diffidenza ancora presente tra servizi con vocazioni originarie diverse e perché anche in sede di teoria si inizi a confrontarsi in termini di multidisciplinarietà e concorrenza di saperi.

C'è un problema di supremazia epistemologica di alcune discipline ancora presente nel nostro sistema di governo dell'area della dipendenze.

C'è ancora molta presunzione rispetto a discipline, che pensano di egemonizzarne altre.

Anche quando l'evidenza scientifica ci spinge nella direzione opposta, ossia nella direzione della assoluta integrazione di saperi. Ed allora se si deve pensare ad un percorso di specializzazione sul tema delle dipendenze lo si pensi in termini di ricchezza e non di impoverimento di sistema.

Di reale integrazione che parta da un processo di conoscenza senza pregiudizi alcuni.

Un errore da non ripercorrere sarebbe quello di ipotizzare una specializzazione solo per alcune figure professionali.

All'interno di una riforma universitaria che, oggi, prevede corsi di laurea in scienze sociali ed educative ritengo possa essere riduttivo promuovere una specializzazione diretta solo ai medici o agli psicologi (quali quelli ipotizzati da uno studio della Università Cattolica di Roma con fondi ministeriali).

Ma vado anche oltre. Su tematiche, quali la dipendenza, che negli ultimi anni hanno comportato profondi sconvolgimenti, si deve avere il coraggio di denunciare i limiti delle professioni psico-sociali e di quelle sanitarie e avere l'umiltà di ricorrere a nuovi profili e a farsi maggiormente supportare da profili già conosciuti.

Se partiamo dall'idea che l'operatività non può prescindere dall'apporto di più figure professionali gli stessi iter formativi dovranno rafforzare questo approccio.

Mi viene da pensare, quindi, più che ad un dipartimento (o facoltà) che si fa garante di formare profili professionali nel campo delle dipendenze a corsi inter-dipartimentali, alla capacità di contribuire da parte delle singole facoltà, coinvolte nei rispettivi campi del sapere, alla formazione e al concepimento *dell'operatore delle dipendenze*, che manterrà sicuramente le proprie peculiarità (il medico farà il medico e lo psicologo lo psicologo) ma all'interno di un orizzonte culturale innovativo per il mondo sanitario e più proficuo per l'utenza in carico.

Orizzonte culturale legato al comune e condiviso *riconoscimento che solo la somma delle competenze, il reciproco riconoscimento, ci permette di sviluppare percorsi coerenti interni al sistema delle dipendenze.*

Mi sembra che altrimenti il percorso che ci aspetta rischi di rappresentare la brutta copia del declino intrapreso dalla psichiatria, la quale non solo gode pessima salute ma sembra incapace di reagire in termini propositivi e strategici alle sempre più insistenti domande di contenimento e non di cura che provengono da fasce sempre più ampie di popolazione.

2. E proprio sul sistema vorrei focalizzare un secondo momento di riflessione: proprio alla luce del fatto che considero, come detto poc' anzi, la formazione degli operatori, componente fondamentale del sistema. Riprendendo ciò che dice Luigi Ciotti sulla teoria che dovrebbe accompagnare il nostro operato cosiddetta dei quattro pilastri (prevenzione, riduzione del danno, trattamento, reinserimento) vorrei aggiungere che la

* Criminologo, Presidente Associazione SAMAN.

formazione è da considerarsi quale architrave portante dell'intera costruzione.

Se è vero che una casa che si fonda su tre pilastri (attuale politica governativa) non sta in piedi è altrettanto vero che una casa senza tetto (sostenuta dalle architravi) risulta essere inabitabile. Nel corso di questi anni il fabbisogno formativo è stato, per certi aspetti coperto, in maniera discontinua, episodica talvolta, certamente non coerente e certamente lacunoso.

Le università non sono sembrate molto attente nel supportare un sistema, ancora giovane, fundamentalmente povero e poco attraente. Nella conferenza di Napoli era stato evidenziato questo aspetto ma da allora non abbiamo assistito a sensibili miglioramenti.

Ritengo che questa situazione sia figlia della mancanza di vere politiche relative al fenomeno dipendenze.

Ho già avuto modo di sottolineare prima di come il rapportarsi alle dipendenze in termini di problema generi solamente isterie allarmistiche e attività emergenziali che non lasciano spazio ad una seria attività di pianificazione.

L'attività formativa ha, al contrario, la necessità di ancorarsi a politiche di programmazione sia in merito ai fabbisogni formativi sia in merito alla quantità di operatori che un sistema riesce ad assorbire.

L'esempio più eclatante, a cui mi viene da pensare, riguarda la specializzazione in criminologia.

Non credo di dire una bestialità se paragono questa specializzazione ad una forma di studi tesa a coltivare l'anima più che a collocare figure professionali sul mercato.

Un mercato che probabilmente, in Italia non è mai esistito forse perché non se ne avverte il bisogno o forse perché le politiche criminali e carcerarie sono, anch'esse, state sempre determinate dalla improvvisazione e improntate alla emergenza.

Il problema ci riguarda quindi direttamente. Concerne il pubblico e il privato, le modalità di relazione tra queste due componenti e la qualità dei rapporti intercorsi negli ultimi venticinque anni.

Investe gli obiettivi che il sistema – apparentemente – integrato si vuole dare e le strategie.

Ed è chiaro che più si converge più si riuscirà ad indirizzare la politica verso un salto di qualità nella gestione e nel governo di vere politiche.

E più questo avverrà e più ci sarà spazio per pianificare e lavorare nella costruzione di sistemi solidi e non fluidi sia a livello locale sia a livello regionale.

Investe, in definitiva, la nostra reale capacità di ritenere definitivamente chiuso un periodo e aprirne un altro all'interno di logiche culturali innovative, trasversali al sistema, fundamentalmente lontane, lontanissime dalle solite logiche di potere, di visibilità, e di cultura corporativistica.

Investe la nostra volontà di rimettersi in gioco nel tentativo di non riproporre iter formativi mutuandoli da altre aree senza capacità di contestualizzare le differenze; profonde differenze che, detto per inciso, ne fanno un sistema forse unico al mondo ma ancora capace di sentirsi solidale e vicino al paziente.

Ancora capace di mettere in campo, e vale per il privato ed anche per il pubblico, una tensione ideale che determinava la scelta di lavorare in un servizio per le tossicodipendenze.

Riscoprire questa nostra vocazione originaria, anche nella capacità di offrire e costruire formazione, altra diversa da altri sistemi, credo rappresenti una delle scommesse future.

Il rischio è l'implosione.

Lo sforzo intellettuale, credo, non possa che andare in questa direzione *se si vuole costruire un **paradigma delle dipendenze** che sia originale e specifico rispetto ad altri campi di intervento o al trattamento di altre tipologie di malati.* Mi sembra inoltre che proprio la specificità della area delle dipendenze ci chieda questo sforzo.

Da questo punto di vista forse dovremo recuperare il concetto caro a Jaques Derrida quando ci spiega che l'università fa professione di verità e mutuarlo al nostro interno: *"L'università dovrebbe dunque essere anche il luogo nel quale niente è al riparo dall'essere messo in questione, nemmeno la figura attuale e determinata della democrazia; e nemmeno l'idea tradizionale di critica, come critica teorica, e nemmeno l'autorità della forma "questione", del pensiero come "messa in questione".*

E continua:

"Per questo ho parlato senza indugio e senza maschera di decostruzione". ☞

RECENSIONI



**Michele G. Sforza,
Valeria Egidi**

Su di spirito
Cosa fare quando l'alcol
diventa un problema

Collana Self-help
pp. 208, € 18,00 - cod. 1411.37 (V)

- Quando il modo di bere di una persona diventa patologico?
- Perché ci sono persone che arrivano alla dipendenza dall'alcol?
- Che cosa succede a chi abusa di alcolici?
- Se uno dei nostri cari ha un problema di alcol, che cosa si può fare per aiutarlo?

Come si riconoscono le patologie mediche e psichiatriche causate dall'abuso di alcol, e come si curano; come si affronta

l'ostacolo dell'alcol dipendente che non vuole curarsi, come e dove si cura la malattia dell'alcolismo. Gli argomenti sono trattati in forma piana e discorsiva, attraverso domande e risposte, e sono arricchiti da casi clinici e storie di vita. Oltre a rivolgersi a quanti si trovano vicino a persone con problemi legati al consumo di alcol, per la sua completezza informativa il libro è un utile strumento operativo per gli addetti ai lavori: operatori sociali, psicologi, psicoterapeuti, volontari che si trovano in prima linea con i problemi psichici e ambientali che l'abuso di alcol provoca in chi beve troppo e nelle famiglie.

Michele G. Sforza, medico psichiatra, psicoterapeuta, è psicoanalista della SPI e dell'IPA (Int. Psychoanalytic Ass.). Esercita come psichiatra e psicoanalista a Varese e dirige il Servizio Multidisciplinare di Alcolologia (Casa di Cura "Le Betulle" Appiano Gentile - Como). È presidente del CESTEP.

Valeria Egidi, psicologa e psicoterapeuta, è psicoanalista della SPI e dell'IPA. Ha lavorato per quindici anni in servizi per l'età evolutiva e in consultorio familiare e si è impegnata nella formazione di operatori sociosanitari e psicoterapeuti. Esercita come psicoanalista a Milano.

Direttivo nazionale di FeDerSerD

Il 29 novembre 2002 si è tenuto a Grosseto il Direttivo nazionale di FeDerSerD.

La riunione, che ha impegnato i membri per tutta la giornata, ha analizzato, dopo il Congresso nazionale di Cernobbio, i numerosi impegni che attendono la Federazione.

È stato approvato il piano delle iniziative formative per il 2003, meglio illustrato nel giornale.

Approvato il bilancio economico finanziario del Congresso nazionale, chiuso con il pareggio economico.

L'agenzia Expopoint di Mariano Comense è stata incaricata di affiancare la segreteria esecutiva nazionale e la tesoriere nel compito di segreteria organizzativa.

Il Direttivo ha ampiamente discusso sulla realtà della Consulta nazionale delle società scientifiche e professionali del settore, formalmente costituitasi nel 2002 e che vede FeDerSerD tra i membri fondatori.

Accanto al consigliere delegato Maurizio Fea, è stato indicato un secondo delegato in Norberto Pentiricci.

Il Direttivo inoltre giudica positivamente la possibilità di organizzare eventi con altre Associazioni e Società di carattere nazionale nel 2003, ove vi siano convergenze significative.

La discussione sulla costituzione formale delle Federazioni regionali, dopo la verifica della presenza di FeDerSerD in tutte le Regioni italiane, è sfociata nella costituzione di un gruppo di lavoro composto da Maurizio D'Orsi, Claudio Leonardi e Giorgio Serio per la definizione di un regolamento ai sensi statutari, che stabilisca entro 3 mesi le caratteristiche quantitative e di decentramento delle Federazioni regionali.

Come elemento di riferimento per il lavoro del gruppo il Direttivo intende valorizzare la realtà che a FeDerSerD aderisce il sistema integrato dei servizi.

Nel frattempo alcune Regioni, particolarmente numerose in iscritti e con consolidate capacità organizzative, si organizzeranno in deroga.

Il Direttivo nazionale incarica Donato Donnoli, della Basilicata, e Raffaele Lovaste, del Trentino - Alto Adige, di organizzare la Federazione nelle loro Regioni.

Il vicepresidente Bernardo Grande è incaricato di convocare il Comitato Etico - Scientifico nazionale, sia per un esame del Piano di Formazione, sia per definire il programma annuale di attività.

Al Comitato etico-scientifico è inoltre affidata la valutazione scientifica degli elaborati del Premio Molteni per la Tossicodipendenza 2003.

Il Direttivo ha poi esaminato le proposte di incarichi di settore, definiti con la costituzione di commissioni nazionali.

Commissioni snelle, al massimo di sette membri, con la presenza di almeno un referente del Direttivo nazionale.

La discussione ha individuato i seguenti gruppi, è stato dato mandato ai membri del direttivo di sentire i designati e convocare i gruppi:

- Gruppo Alcol (E. Manzato, A. Mosti, G. Cerizza, A. Baselice, G. Galimberti, B. Sanfilippo).
- Gruppo Formazione (A. d'Amore, C. Bonfà, E. Cozzolino).



- Gruppo Carcere: (B. Grande, R. Calabria, A. Colaiani, Caronis, G. Cortesi - esterno, F. Margara - esterno).
- Gruppo Terapie non convenzionali (C. Leonardi, Cicciù, C. Greco, M. Rosi, C. Milievich, G. Sirico).
- Gruppo Doppia diagnosi e psichiatria (M. Fea, E. Manzato, G. Serio, R. Cataldini, G. Rebolini).
- Gruppo Livelli organizzativi per l'area delle dipendenze, compresi la valutazione e i modelli di informatizzazione (P. D'Egidio, N. Pentiricci, G. Faillace, V. Marino, F.C. Giannotti).
- Gruppo Sperimentazioni cliniche (C. Leonardi, A. Lucchini, L. Tidone, C. Baldassarre, L. Stella, G. Gerra, PP. Pani).
- Gruppo Prevenzione (M. D'Orsi, S. Coacci, L. Bacci).

È stata inoltre costituita una Commissione speciale per la definizione di "linee guida sui farmaci sostitutivi tra scienza, deontologia e normativa" (A. Loi - esterna, C. Leonardi, E. Polidori, G. Faillace, F. Maisto - esterno).

Nominato il Comitato di redazione per il sito internet www.federserd.it (P. D'Egidio, A. Lucchini, A. Casiglia, S. Giuliodoro, N. Pentiricci, A. d'Amore).

La responsabilità della titolarità ECM è confermata al segretario esecutivo A. Lucchini con il supporto Expopoint.

Ai vari gruppi di lavoro è garantita la supervisione della presidenza e della segreteria esecutiva.

Il Presidente è stato delegato ad aprire la partita IVA per la Federazione, per eventuali necessità.

La redazione della rivista Mission, con sede a Milano, è confermata nelle persone di A. Lucchini, M. Fea, V. Marino, L. Tidone, G. Strepparola, C. Assi.

A regime gli articoli scientifici saranno visionati dal comitato scientifico e dai coordinatori di settore. Si auspica il consolidamento del trimestrale dal 2003 a 40 pagine.

Il Direttivo giudica molto positivamente il lavoro del network nazionale sul mondo del lavoro e dipendenza promosso dal CNCA: sono nominati per la Federazione E. Di Ienno e F. Rivola.

Gran parte del pomeriggio viene utilizzato per la presentazione e discussione di un documento politico-istituzionale della Federazione. Il testo, pubblicato su questo numero di Mission, viene approvato unanimemente, e si decide la più ampia diffusione.

Il Direttivo auspica una ampia convergenza sul documento, specialmente delle organizzazioni del privato sociale, ad iniziare dal CNCA e dalla FICT.

Per il 2003 verranno attivate iniziative della Federazione, le più unitarie possibili, sui temi dell'accreditamento dei servizi, dei rapporti istituzionali, della mission del sistema di intervento.

Il Direttivo definisce per il 2003 le quote di iscrizione confermando quelle del 2002.

Il Direttivo dà mandato al Presidente di procedere formalmente all'accreditamento della Federazione presso il Ministero del Welfare e di predisporre una circolare per l'accreditamento regionale. ✍

Riceviamo e volentieri pubblichiamo due "curiosi" scritti. Una prosa pungente (anche per noi), una poesia elevata... Due riflessioni che si unificano nella qualifica professionale degli autori: infatti sia il dott. Carlo Petrella che la dott.ssa Concetta Cimino sono importanti dirigenti regionali, rispettivamente in Campania e Sicilia, e curano il settore delle Dipendenze Patologiche.

Sono arrivato qui un po' stanco, forse sfinito. Avevo troppo urlato le mie buone ragioni. Tanti anni ti danno anche un po' di potere per contare. Voglio contare, voglio esistere. Negli anni '70 eravamo pochi e marziani. Negli anni '80, '90 già diventammo molti e separati. Nei nostri "pollai" c'erano molti galli ed ognuno gridava la sua scoperta. Negli anni '2000 tutti "bravi e buoni", umili e forse "pentiti", ... forse perché tutti un po' sconfitti. Ed ora? Ora sono qui tra molte carte, tante idee. Cerco di fare tre cose.

La prima, ve la dico con una favola! C'era una volta una gara di ranocchi. L'obiettivo era arrivare in cima ad una gran torre. Si radunò molta gente per vedere e fare il tifo per loro. Cominciò la gara. In realtà la gente probabilmente non credeva possibile che i ranocchi raggiungessero la cima, e tutto quello che si ascoltava erano frasi di tipo: "Che pena!!! Non ce la faranno mai!!!" I ranocchi cominciarono a desistere, tranne uno che continuava a cercare di raggiungere la cima. La gente continuava. "... che pena!! Non ce la faranno mai!..." E i ranocchi si stavano dando per vinti tranne il solito ranocchietto testardo che continuava ad insistere. Alla fine, tutti desistettero tranne quel ranocchietto che, con grande sforzo, raggiunse alla fine la cima. Gli altri volevano sapere come avesse fatto. Uno degli altri ranocchi si avvicinò per chiedergli come avesse fatto per concludere la prova. E scoprirono che... era sordo!

Tento di diventare sordo all'esasperato tecnicismo. Sordo anche ai fanatici. Sordo anche agli imbroglioni. Non mi dite che sono tutti santi! Combatto ogni giorno per diventare sordo.

La seconda. Sono tifoso del "contatto" e del "contagio". Siamo senza contatto con i "lontani". E il "contagio" è per me terapia. Anzi, la nuova terapia è il "contagio". Bisogna creare convivenza fra chi sta bene e chi sta male.

La terza. I soldi. I soldi sciupati, buttati. Troppi soldi dati come quando si buttano i confetti nel giorno del matrimonio, mentre la sposa esce dalla chiesa. I soldi vanno dati. Ma secondo una idea, una strategia. Sdiamoci, concordiamo una strategia e diamoci la risorse per realizzarla. Non è pensabile che ogni mattina si sveglino i buoni, i cattivi, i cretini, i raccomandati, i cattolici, i preti, i padri, le madri, gli operatori. Fanno o si fanno fare... "bellissimi progetti" e noi dobbiamo finanziarli. Senza idee, senza obiettivi verificabili.

Vi confesso che se prima volevo diventare sordo, ora vorrei anche essere... tiranno!

Carlo Petrella

La coppola

Si è trasformata in nuvola occultando la parola mafia: si è frantumata, è a pezzi come non mai!

Nel suo passato ha protetto il talento del coraggio, la miseria, la sofferenza, mai l'ignoranza.

Non è stata straniera ma gravida di cultura e tradizioni, artiglia il passato proponendo al mondo l'identità di patria.

Ha percorso le strade lastricate da stille di lacrime e sudore, e in un rovo di more è rimasto impigliato l'urlo del riscatto.

Rive rosate di corallo acque trasparenti solcate da procellosi viaggi, tulle di marmi, facciate cotte al sole focoso.

La coppola estrosa, ammiccante ritrova l'approdo nel rilucchio di albe antiche e tramonti raccolti nel dolore dignitoso di una attesa.

E il suo "viscenza benemerita" è il saluto di accoglienza, di integrazione, di solidarietà, di orgoglio conosciuto, è un atto di amore, di rispetto...

Concetta Cimino



Sede legale: Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alessandro Coacci (Presidente),
Bernardo Grande (Vicepresidente),
Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),
Luciana Bacci (Tesoriera),
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio D'Orsi,
Maurizio Fea, Guido Faillace, Claudio Leonardi,
Ezio Manzato, Norberto Pentiricci,
Edoardo Polidori, Giorgio Rebolini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Bernardo Grande (coordinatore),
Gilberto Gerra, Vincenzo Marino,
Roberto Calabria, Clara Baldassarre,
Antonio Mosti, Pier Paolo Pani

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. 311883 intestato a FeDerSerD presso Credito Cooperativo di Grosseto - Banca della Maremma - Agenzia n. 1 di Grosseto - Via Unione Sovietica 42 - 58100 Grosseto ABI 8636 CAB 14301
- 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 2003 - 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 (FeDerSerD)	
_____ li _____ / _____ / 2003	Firma _____
Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)	
Estremi ricevuta versamento _____	
Parere del Segretario Esecutivo <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> 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