

FeDerSerD e il tema della comorbidità <i>Maurizio Fea</i>	1
Comorbidità e Dipendenze <i>Roberto Cataldini</i>	4

**CONTRIBUTI
SCIENTIFICI/RICERCHE**

L'assessment diagnostico nella pratica clinica <i>G. Cifelli, A. Manzato, C. Biasin</i>	8
SCL-90-R e TCI nella clinica della dipendenza da oppiacei <i>P. D'Egidio, G. Da Fermo, G. Vena</i>	13
Attività sportiva ed uso dei cosiddetti "integratori" <i>Donato Donnoli</i>	35
L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari <i>Antonio Colaianni</i>	38

RECENSIONI

Fondazione IARD Minori e sostanze psicotrope <i>A. Fiocchi, F. Madeddu, C. Maffei</i>	20
La valutazione del trattamento delle dipendenze <i>Royal College of General Practitioners</i> Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care <i>Caritas Ambrosiana</i>	22
Tossicomania e sofferenza psichica	30

NOTIZIE IN BREVE

Presentazione di Servizi italiani per le dipendenze	20
-----------------------------------------------------	----

ORGANIZZAZIONE

Eroi in campo	21
Intervento di A. Coacci al Convegno di Caserta "Addiction. Quale domani"	36
FeDerSerD - Statuto (maggio 2003)	42
Conferenza stampa comune FeDerSerD-CNCA-FICT	44

LEGISLAZIONE

La nuova normativa regionale lombarda in tema di dipendenze	25
In Campania "qualcosa si muove"	29

FeDerSerD/FORMAZIONE

La Scuolina - Parole Stupefacenti Focus sulla farmacoterapia delle dipendenze: la buprenorfina	32
Principi di buon uso del metadone	33
Primo annuncio del Convegno promosso da FeDerSerD: "Le forme della integrazione"	33

Mission

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



FeDerSerD e il tema della comorbidità

Numerose iniziative, convegni, seminari, e recentemente anche una Consensus Conference promossa da SIP sezione Piemonte e Valle D'Aosta hanno affrontato il tema della comorbidità.

Senza alcun dubbio le tematiche, i problemi e gli interrogativi suscitati da questa intrigante questione, costituiscono una delle sfide più impegnative per il settore delle dipendenze nel prossimo decennio.

Non entrerà nel merito delle questioni epistemologiche che alludono alle matrici culturali e interpretative, né agli aspetti diagnostici che circoscrivono il campo semantico, limitandomi ad osservare che la provvisorietà delle definizioni stesse (comorbidità - doppia diagnosi - comorbidità) sulla quale non vi è accordo condiviso, deve indurre prudenza e suggerire più interrogativi che risposte per il momento.

Userò comunque in questo articolo il termine di comorbidità in rapporto a quell'area densa e stratificata di concetti e di esperienze cui ci riferiamo quando parliamo di persone che presentano contestualmente disturbi da uso di sostanze e altri disturbi di Asse I e/o Asse II secondo il DSM IV.

Una osservazione, frutto dell'accurato lavoro preparatorio della Consensus di Torino, è che la questione della comorbidità è avvertita e problematizzata soprattutto all'interno dei servizi per le dipendenze, e solo di riflesso e in modo subordinato alla pressione culturale ed operativa esercitata dai servizi delle dipendenze, viene avvertita dai servizi di psichiatria.

Già questa semplice osservazione di contesto ci legittima come operatori dell'area ad assumere un ruolo attivo e rilevante nello sforzo di definire e disciplinare una materia così complessa.

Anche da parte del privato sociale, nelle sue componenti più professionali ed avvedute, si sta sviluppando una riflessione attenta e ricca di risvolti interessanti, ai quali va prestata la dovuta attenzione.

Come FeDerSerD intendiamo proporre da questo numero, e proseguire nei prossimi, un confronto aperto, sulle questioni diagnostiche, sugli aspetti operativi, sui temi culturali, sugli aspetti organizzativi, sulle questioni di potere, che attraversano il dominio ancora poco definito della comorbidità.

FeDerSerD si caratterizza anche per essere una associazione multiprofessionale, portatrice quindi di istanze e culture altrove poco presenti e rappresentate, e talo-

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO II, 2003 - N. 7

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, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea,
Guido Faillace, Claudio Leonardi,
Raffaele Lovaste, 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
missiondirezione@tiscali.it

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 20 settembre 2003

Edizione fuori commercio
Tiratura: 5.000 copie



ra questo costituisce un valore aggiunto che porta ricchezza e molteplicità di punti di vista ad un confronto che nasce con un forte statuto disciplinare, ma paradossalmente è sollecitato soprattutto da chi è al margine della disciplina psichiatrica, pur essendo interprete e soggetto di altre istanze disciplinari.

Da parte del presidente e dei rappresentanti dei massimi organi statutari della Società Italiana di Psichiatria, è stato affermato in occasione della Consensus Conference di Torino, che vi è interesse esclusivamente scientifico e culturale da parte della SIP ad aprire un confronto con gli operatori delle dipendenze e le associazioni che li rappresentano, riconoscendo che la spinta propulsiva all'approfondimento nasce e trova alimento nella forte sollecitazione che proviene dai servizi delle dipendenze.

Le riflessioni che intendo proporre partono proprio dalla necessità di analizzare la natura di queste sollecitazioni, le ragioni professionali che inducono gli operatori ad interrogarsi sulle forme emergenti del disturbo mentale così come si presenta, quando è accompagnato dall'assunzione di sostanze psicotrope, sia che lo preceda o lo segua.

Gravità e intensità assistenziale, esiti insoddisfacenti o problematici sono a mio parere gli elementi che maggiormente hanno sollecitato gli operatori ad interrogarsi sulla natura, le caratteristiche rilevanti e significative di queste forme emergenti.

Parlo intenzionalmente di forme emergenti del disturbo mentale, perché intendo affrontare il percorso a partire dalle osservazioni più comunemente diffuse, e che appartengono a tutte le categorie professionali che lavorano nei nostri servizi.

Infatti benché siano presenti in numerosi servizi (questo è un aspetto che va indagato e documentato con precisione), i medici di formazione psichiatrica sono comunque una minoranza nell'universo degli operatori, e anche gli psicologi pur essendo molto meglio rappresentati, sono più avvezzi ad utilizzare la prospettiva dimensionale e interpretativa della sofferenza psichica che non quella diagnostica categoriale.

Per fugare ogni dubbio, non c'è alcun giudizio valoriale nel merito delle prospettive che vengono utilizzate, ma la semplice constatazione nell'esperienza, che gli inquadramenti categoriali sono più facilmente comunicabili, il linguaggio è più definito, di natura osservativa e descrittiva, con risvolti più lineari e comprensibili anche da chi non padroneggia la disciplina.

È evidente che nel lavoro clinico ci servono entrambi gli approcci, ma in questo contesto l'osservazione fatta ci serve solo per descrivere e sottolineare uno dei tanti elementi che compongono la complessità del dominio comorbilità/servizi.

A questo dominio intendo legare la riflessione, a partire dal fatto che la "scoperta" della comorbilità sembra essere più effetto dello scacco a cui sono stati sottoposti i sistemi di cura (servizi e comunità) che della consapevolezza prodotta da un'attenta riflessione sulla natura dell'addiction, sulle difficoltà terapeutiche e sugli esiti delle cure.

Il paziente border o il grave narcisista (figure molto rappresentate tra i tossicomani anche in tempi passati, ma raramente riconosciute come tali) sfidano apertamente le capacità di tenuta di qualsiasi sistema di cura, figurarsi sistemi di cura come i servizi negli anni '80 e '90, dove la categorie diagnostiche erano per lo più derivate dalla valutazione della risposta adattativa del paziente alle strategie terapeutiche del servizio.

Quale migliore occasione per un border o un narcisista di dimostrare la fallibilità del progetto terapeutico e la sua giustificata impossibilità ad aderirvi?

Intorno alla analisi di questo scacco si gioca la partita che può definire l'area di confine anche se provvisoria tra salute mentale e tossicodipendenze, con le possibili intersezioni, gli arricchimenti reciproci, il miglioramento della qualità e della efficacia delle cure, a beneficio sia dei pazienti che dei terapeuti

La "scoperta" della comorbilità è probabilmente anche un modo per dare nome, forza interpretativa, rigore diagnostico, supporti disciplinari al complesso sistema di relazioni terapeutiche e assistenziali che ruota intorno ad un certo numero di nostri pazienti.

Ma se la domanda è quali e quanti dei nostri pazienti sono inquadrabili secondo le categorie diagnostiche del DSM, la risposta è verosimilmente tutti, con elevata probabilità di avere più di una diagnosi di Asse I e/o Asse II.

Ci sono di relativo aiuto per discriminare meglio, anche i pochi studi di prevalenza accurati, quando si tratta di incrociare criteri diagnostici, misure di gravità, peso assistenziale e terapeutico, gestione della complessità.

Perché in realtà questi sono i veri problemi e le domande che i servizi si pongono di fronte all'emergenza di queste forme del disturbo mentale.

Riconosciuto il fatto che siamo ancora ben lontani, come sistema dei servizi, dall'aver sviluppato una capacità diagnostica adeguata (quanti servizi utilizzano nella quotidianità del lavoro clinico sistemi diagnostici standardizzati, e come vengono utilizzate le diagnosi non solo in relazione alla terapia e al rapporto con i pazienti, ma anche in rapporto al complesso sistema di relazioni tra servizi e non parlo solo di quelli psichiatrici?) dobbiamo tuttavia tentare di capire e costruire fin da ora i nessi tra diagnosi, trattamento, gravità, priorità, costi, esiti. È più grave un soggetto con disturbo affettivo di Asse I o con un disturbo di personalità Asse II?

È più grave un soggetto che ha tutti i criteri per un disturbo di personalità, o un soggetto che ha più criteri sottosoglia per più disturbi?

Poste in questo modo le domande sono apparentemente stupide, ma se facciamo mente a come funzionano le cose concretamente nel quotidiano clinico, non lo sono poi così tanto.

È più probabile che desti allarme un paziente con disturbo psicotico che non un paziente con disturbo dell'umore, ma è più probabile che crei turbolenza nel servizio un paziente border con spiccati tratti antisociali che non un paziente con disturbo delirante.

E se si chiede la consulenza psichiatrica il paziente delirante viene senza dubbio medicato, quello depresso viene diagnosticato e indicata una terapia, quello border verosimilmente ritorna al servizio con la conferma diagnostica di tossicodipendenza e antisocialità.

Nella maggior parte delle situazioni il rapporto tra servizi per la salute mentale e servizi per le dipendenze è fragile o conflittuale, e la conflittualità non deriva dalla competizione per lo stesso oggetto di interesse professionale, ma dal tentativo di sbarazzarsi di situazioni cliniche che vengono vissute come altamente problematiche, difficilmente inquadrabili, bassamente complianti, e in genere resistenti a qualunque strategia di cambiamento che venga loro proposta.

Come già anticipato non si vuole qui entrare nel merito dei criteri di gravità associati alle tipologie diagnostiche e alle possibili combinazioni tra di esse con il contestuale o ricorsivo uso di sostanze.

Solo a pensarci è un ragionamento che mette i brividi per la stratificazione di livelli semantici, per l'intreccio delle gerarchie interpretative e la difficoltà di connettere gli eventi, la loro attribuzione di significati in un sistema gerarchico di gravità o di priorità.

Perché allora questa storiella aneddotica poco scientifica e un po' provocatoria?

Perché in sostanza riflette quello che è il modo di operare dei servizi e le diverse sensibilità per le manifestazioni del disturbo mentale.

Bisogna tener conto di queste diverse sensibilità che hanno ragioni storiche, culturali e pratiche, che innanzitutto dobbiamo imparare a descrivere con un linguaggio condiviso, per poterle avvicinare e farle dialogare in un processo di reciprocità.

L'ambito delle dipendenze patologiche è attualmente un luogo di ricomposizione di saperi e discipline che non può esaurirsi in una visione specialistica presa a prestito, ma neanche in un illusorio assemblaggio multidisciplinare senza fondamenti.

L'accesso ad una visione problematizzata in senso psicopatologico della natura dell'addiction è facilitato per i medici di formazione non psichiatrica che lavorano nei servizi per le dipendenze, se è accompagnato da un'approfondita conoscenza delle basi neurobiologiche dei comportamenti di dipendenza.

La divulgazione e la condivisione delle conoscenze in questo campo con medici di formazione eterogenea, ha consentito di

salvaguardare e recuperare l'identità professionale di colleghi che altrimenti sarebbero stati carenti delle competenze necessarie per affrontare l'impresa ardua di utilizzare le proprie conoscenze mediche in una relazione terapeutica per la quale mancavano i criteri interpretativi medico-biologici sulla natura dei comportamenti oggetto di osservazione e di cura.

I riferimenti concettuali ai fondamenti neurobiologici hanno consentito di uscire dalle secche paralizzanti di una visione moraleggiante o tutta sociologica della tossicodipendenza, per la quale il medico non è attrezzato e non sarebbe neppure competente ad intervenire, togliendosi dalla scomoda posizione di portatore di una visione medicalizzata del problema in contrapposizione ad altri modelli altrettanto parziali, incompleti e perciò disfunzionali.

La diagnosi del disturbo da uso di sostanze ha acquistato in questo modo valore e significato sia per il paziente che per il terapeuta, così come i trattamenti con farmaci sostitutivi hanno perso la loro connotazione di ripiego impotente, acquisendo la dignità di farmacoterapia accreditata all'interno di una dimensione simbolica relazionale molto più forte e gestibile.

Su questi elementi io credo che vada impostato il recupero della importante funzione che la disciplina psichiatrica può svolgere nel campo della formazione degli operatori del settore e nello sviluppo di un sapere più ricco ed adeguato ai bisogni che vengono espressi sia sotto il profilo delle competenze individuali che delle culture organizzative.

È necessario quindi integrare i riferimenti concettuali della disciplina con le acquisizioni della neurobiologia dell'addiction, che seppure provvisorie anch'esse, costituiscono un ponte concettuale forte che consente di leggere senza discontinuità il percorso che si snoda tra modi diversi di intendere e difendere la propria salute e le rotture critiche che in questo percorso aprono spazi alla emergenza di forme inedite di disturbo mentale.

I soggetti che più di altri hanno sviluppato le competenze e le capacità di leggere ed interpretare questi percorsi, sono gli operatori delle dipendenze, i quali seppure spesso in modo confuso, hanno tuttavia imparato a convivere e gestire professionalmente le dimensioni ambigue e contraddittorie del sollievo o della inquietudine generate dal controllo chimico delle emozioni e degli stati affettivi.

Non sappiamo quale possa essere il percorso migliore per condurre gli operatori ed i servizi delle dipendenze e della psichiatria, a sviluppare da una parte un processo di riconoscimento delle rispettive identità professionali e disciplinari e dall'altra a capire come il confronto tra saperi diversi e pluridisciplinari possa condurre ad una revisione epistemologica dell'addiction.

Pensiamo che essa debba essere più adeguata ad interpretare le complesse relazioni che si strutturano nel dominio salute, sostanze, comportamenti, emozioni, destini individuali e collettivi, e che pertanto ad essa debbano concorrere i molti soggetti che a vario titolo operano nel campo della clinica, della ricerca sia biomedica che antropologica e filosofica, perciò senza alcuna presunzione e senza alcuna certezza intendiamo aprire questo confronto interno alla associazione ma aperto ai contributi di tutti coloro che intendono diventare partner di questa intrigante sfida concettuale ed operativa. ✍

Maurizio Fea

Direttivo nazionale e commissione nazionale
"Doppia diagnosi e Psichiatria" di FeDerSerD

Comorbidità e Dipendenze

*Roberto Cataldini**

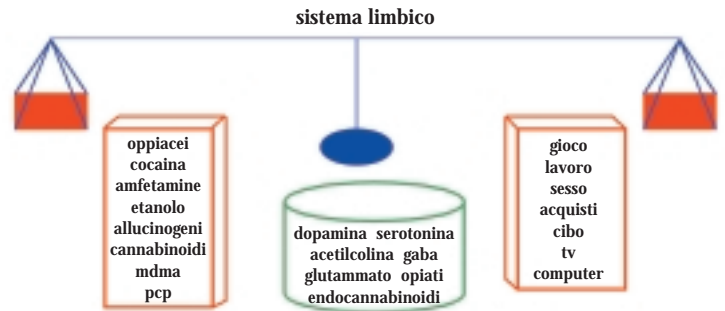
Esistono ampie e condivise evidenze di una stretta correlazione e, in molti casi, di sempre più marcate e significative associazioni tra dipendenze patologiche e comorbidità psichiatrica.

Questo è quanto dimostrano le ricerche e i numerosi studi che concentrano in questi anni l'attenzione non soltanto dei ricercatori, ma anche dei molti clinici e dei tanti professionisti impegnati nella cura e nella gestione diretta dei pazienti. Dal punto di vista di un osservatore impegnato quotidianamente nella difficile relazione terapeutica con persone dipendenti o semplicemente con consumatori più o meno abituali, se non proprio decisamente occasionali, di varie sostanze e di comportamenti additivi senza sostanza, spesso associati ed embricati nelle manifestazioni di sofferenza di una medesima persona, l'affermarsi di questo dato di realtà, complessa e articolata, appare quasi paradossalmente l'espressione di un limite estremo del nostro naturale o, forse, artificioso processo di conoscenza.

Muovo dal processo di conoscenza, senza arroganza né grandi e radicate presunzioni, ma confusamente nell'incertezza di questo universo, per un debito formativo e professionale verso la psichiatria, per chi da psichiatra si è trovato a spingersi nel complicato mondo delle dipendenze e degli abusi, tanto da smarrire il senso stesso di una rassicurante appartenenza a un corpus dottrinario e a certezze operative. Partire dal processo di conoscenza della realtà clinica è quasi un inevitabile impegno di fronte alle molteplici, sfaccettate e, spesso, contraddittorie forme che questa stessa realtà assume quando cerchiamo di catturarla con i pesi e con le misure di una plausibile descrizione.

Una realtà che anche nella terminologia e nelle parole utilizzate, per quanto tecniche e specifiche, non riesce a nascondere le proprie incertezze e le proprie difficoltà di definizione esauriente ed esaustiva di fronte ad un oggetto di osservazione che possiede una primitiva, intima e radicata connotazione neurobiologica, ancor prima che psicologica e sociale: è prevalentemente di tipo limbico, emotivo-temperamentale. Essa impregna le potenzialità cognitive-affettive e le rende di difficile espressione nell'articolazione evolutiva delle personalità e anche nelle manifestazioni dei quadri stessi di malattia che, sempre più, appaiono sfumati e di difficile classificazione e categorizzazione.

Questa realtà clinica si dispiega secondo linguaggi biologici di circuiti neurocerebrali e di loro equilibri funzionali: sul sensibile bilancino che è il sistema limbico, capace di dare peso ed espressione a comportamenti e reattività adattative fondamentali per la sopravvivenza di ciascun individuo (alimentazione, sessualità e accudimento, aggressività e sotto-



missione, predazione e fuga) agiscono pesi, siano essi sostanze assunte o attività svolte, la cui provenienza esterna o interna al sistema biologico individuale è fattore del tutto trascurabile per il neurone e per il suo circuito.

Significativo è l'effetto, la risultante sul complessivo sistema e sul suo stesso funzionamento che procede anche in assenza dello stimolo iniziale nel livello indotto di neuroadattamento e richiede tempo prima di poter rientrare a livelli di funzionamento assimilabili o quanto più vicini possibili al funzionamento originario.

Non ritengo che un neurone sia dotato in questo specifico caso della capacità di discriminare la provenienza e la natura dello stimolo, a meno che non dotato di un sistema di riconoscimento e di decodificazione come può essere nel caso di una risposta immunitaria.

Se così fosse, l'azione reiterata di qualunque "droga", verrebbe prima o poi neutralizzata o neutralizzerebbe il sistema di vita su cui agisce.

Il fatto è che essa induce cambiamenti neuroadattativi di sistemi naturali che funzionano in modo controllato usando sostanze naturali, modificando i processi che portano alla costruzione delle nostre abitudini, di quell'habitus complesso che in sé condensa in forma quasi automatica, facilitata, la sintesi del nostro essere biologico (istinto, temperamento, emozione) e culturale o psicosociale (autocontrollo, personalità, affettività, cognitività). Questa sintesi evolve e si articola dialetticamente su quegli assi fondamentali di ogni esistenza che sono lo spazio e il tempo, il corpo e la crescita, il processo e la forma: dimensioni che ogni disturbo additivo cristallizza e mortifica nell'immediata necessità di esaurimento/soddisfazione del bisogno/gratificazione, che finisce con il prevalere sulle necessità di crescita della propria personalità e, più in generale, della società.

Le attuali conoscenze di neurobiologia ci suggeriscono quanto l'intricato e complesso sistema di neuromediatori e il loro complessivo apparato di funzionamento sia fatto di molecole molto più raffinate ed eleganti delle rozze molecole di abuso facilmente reperibili in qualsiasi anfratto di questa società.

Esattamente si tratta di un modello di società che si riassume nella tipologia tipica della relazione tra venditore o induttore

* *Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

di bisogni o spacciatore e acquirente o consumatore, nelle innumerevoli forme più o meno legali o illegali, normativizzate o al di fuori di ogni regola culturalmente accettata.

Certamente sono sostanze molto potenti, se non più di quelle reperibili e acquistabili; sostanze, che quanto quelle di abuso, sono capaci di condizionare totalmente la vita di un sistema biologico.

Le stesse sostanze che condizionano i disturbi mentali.

Da questo punto di vista non può sembrare un eccesso affermare che ciascuno di noi possiede per dono naturale le proprie droghe: stimolanti come la dopamina, analgesici come gli oppiati, dispercettivi come gli endocannabinoidi, sedativi come il gaba: li produce e li utilizza secondo natura e sapientemente al di fuori della propria consapevolezza corticale.

Dove è possibile cogliere la differenza?

Probabilmente è nei sistemi di autoregolazione e di controllo di cui questo nostro sistema di vita si è dotato e che le sostanze o le attività a potenziale di abuso e di dipendenza sono in grado di alterare e di modificare sensibilmente.

Forse è nell'eccesso, nel superamento dei limiti accettabili che verrebbero irrimediabilmente superati e alterati con un cambiamento dei comportamenti, delle idee, degli affetti e delle emozioni che rendono tale l'essere umano e gli consentono di costruire la realtà fisica o meno in cui si muove.

Allo stesso modo, si potrebbe affermare che gli eccessi che possono indurre uno stato di dipendenza, fosse pure in risposta allo stress, al vuoto e alla noia, alla gioia e al dolore, al gioco e al lavoro, alle certezze e all'incertezza, rappresentano modelli di una cultura che favorisce e crea nella sua abbondanza e nei suoi sprechi assuefazione e dipendenza, tendenza alla immediata gratificazione, perdita dell'autocontrollo in una società votata al totale e raffinato controllo dei suoi individui, a una perdita e a un appiattimento delle valenze affettive a tutto vantaggio di un processo di reificazione dell'esistenza e di coartazione nella evoluzione della personalità.

A questo punto il problema non appare tanto il circuito anedonico in cui la persona e il suo contesto precipitano, ma la impossibilità di discriminazione degli stimoli stessi che rende possibile e accettabile sul piano biologico e anche psicologico e sociale la nostra capacità di adattamento: piacere e dolore si confondono e si sbiadiscono in una piatta e uniforme metafora di non esistenza che nelle nostre più radicate convinzioni sociali si avvicina molto a un senso devastante di morte.

L'addiction, se osservata da questo punto di vista, assume significati e connotazioni certamente molto più ampie ed esaurienti di una semplice disregolazione del sistema di gratificazione/piacere.

Certamente il piacere e il dolore sono elementi primordiali che contribuiscono a tracciare la dialettica e lo svolgersi di una esistenza ed è per questo, forse, che attivano le risorse e l'interesse non soltanto dei medici di fronte a una malattia e dei pazienti o del loro contesto più vicino e significativo di relazione di fronte alla sofferenza e alla ricerca di un possibile e accettabile benessere; ma stimolano anche un ampio e allargato contesto sociale: filosofi, sociologi, politici, sacerdoti si interessano al problema e in certo qual modo ne divengono parte.

Questo sicuramente offre energie utili, contributi validi, ma anche il rischio di una grande confusione e illusione, rinviando a una inconfessabile logica autoreferenziale e onnipotente, specchio non soltanto degli innumerevoli punti di vista dei tanti osservatori partecipi, ma soprattutto delle inevitabili difese maniacali che si attivano di fronte a un oggetto sfuggente e incontrollabile, come si rappresenta nell'immaginario personale e collettivo uno stato di adattamento complessivo giunto al limite della tollerabilità biologica, sociale e psicologica così come è ogni stato di dipendenza patologica, ancor più se la soluzione possibile rimanda a condizioni di normalità difficili da organizzare e, altrettanto, difficilmente accettabili.

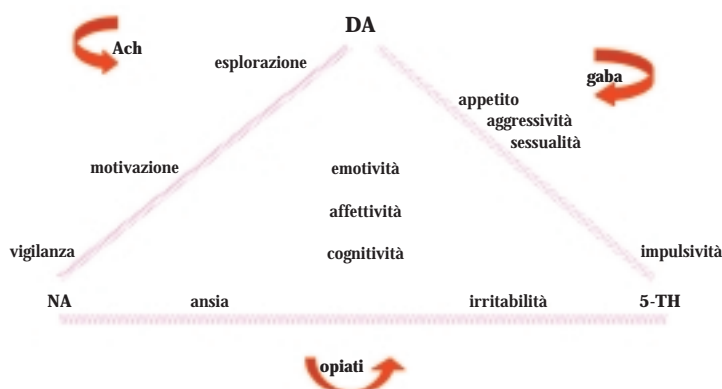
In questo modo, le tendenze autoreferenziali, maniacali e onnipotenti, oltre che rappresentare difese dalla conseguente depressione, alimentano i rischi propri di una imprevedibile collusione con le nostre caratterizzazioni personali: questo circuito finisce con il rafforzare i meccanismi stessi dei comportamenti additivi da sostanza e senza sostanza.

Una possibile comprensione a questo paradosso è, forse, da ricercare nella natura stessa dell'"oggetto" di ogni dipendenza che crea un desiderio incontrollabile tale da rendere ogni individuo e sistema di vita non tanto incapace di eliminarlo, quanto "di resistervi e di dominarlo".

Un oggetto assoluto capace di consumare il proprio consumatore.

Ogni addiction è tale perché implica due aspetti fondamentali: 1) la reiterazione di un impulso incontrollabile con un più o meno totale coinvolgimento dannoso dell'individuo e del suo contesto ambientale; 2) la costruzione di una forma di comportamento, uno stile di vita, patologico che l'individuo vive e percepisce come un'esperienza personale sganciata dai nessi e dalle relazioni che consentono a ciascuno di noi di vivere nella realtà, coltivando la consapevolezza dei limiti della propria e dell'altrui salute mentale.

I comportamenti additivi, invisibili e negati nel proprio senso di malattia in prima istanza dalla stessa persona dipendente e in forme più o meno celate o esplicite dalle tendenze culturali e sociali, si accompagnano a fattori di specifica natura bio-psico-sociale, come l'abuso, la dipendenza, l'astinenza, l'intossicazione, il craving, il funzionamento e lo stile di vita, le condizioni mediche specifiche associate e correlate, che danno significato alla tipica fenomenologia del disturbo additivo e i cui confini biologici, psicologici, sociali non risultano spesso chiaramente e nettamente differenziabili.



Difficile in questo caso riuscire a cogliere i nessi e le interrelazioni tra i numerosi fattori e le tantissime variabili che agiscono e condizionano la natura e le manifestazioni dell'addiction.

Se così non fosse, porre diagnosi di dipendenza sarebbe un'operazione clinica abbastanza semplice e, forse, facile sarebbe anche la possibile cura: una persona manifesta pervasivi comportamenti additivi con l'uso - l'abuso - la dipendenza di una o più sostanze e/o senza sostanze ad azione psicoattiva, consegue un condizionamento, si stabiliscono delle tecniche decondizionanti, ristrutturanti, in un possibile processo di cambiamento a partire da un apparente e piatto processo di definizione diagnostica.

La comorbilità psichiatrica e biomedica più in generale si configurerebbero come semplici, ovvie e possibili complicazioni indotte dalle specifiche sostanze o dalla attività e dai comportamenti correlati.

Probabilmente per uno psichiatra risulterebbe più facile e comodo interessarsi di questo tipo di comorbilità, tralasciando tutto il resto.

Il problema che sorge in questa eventualità è che la persona dipendente finisce con il riassumere in sé, sempre di più, elementi clinici che non aiutano il processo diagnostico e terapeutico.

L'addiction sembra riassumere qualcosa di psicotico, qualcosa di nevrotico, qualcosa di maniacale e/o di depressivo, un poco di psicopatia, un poco di perversione: un pizzico di tutto senza riuscire ad assomigliare a niente.

Forse, un'utopia proprio in termini letterali di "assenza di luogo", di non appartenenza.

L'organizzazione dei servizi spesso conferma questo paradosso proprio nella indeterminatezza dei ruoli e delle competenze dei diversi professionisti che vi operano, spesso in antagonismo tra di loro o in aperto conflitto, specchio di un assetto politico sanitario confuso e indeterminato nelle sue applicazioni normative e amministrative con il rischio di disperdere conoscenze e competenze professionali faticosamente costruite negli anni e di annullare risorse economiche già di fatto esigue.

In alternativa, l'ipotesi che tra dipendenze patologiche e comorbilità psichiatrica esiste un nesso strutturale intrinseco di cui le classificazioni internazionali, specialmente il DSM dell'American Psychiatric Association nello sviluppo delle sue diverse versioni, ne sono espressione sia pure nei limiti e nelle inevitabili approssimazioni che ogni sforzo nosografico implica.

Di fatto la stretta relazione tra disturbi psichiatrici e disturbi additivi trova fondamento nella malattia d'organo rappresentato dal cervello e dai suoi sistemi neurotrasmettitoriali integrati nella unicità funzionale, biopsicosociale, della persona. Non eccesso medicalizzante, ma necessità di dare ragione clinica del perché e del come una sostanza estranea, una attività svolta nell'intricata e complessa rete di fattori e di variabili dentro cui si muove l'esperienza e si costruisce l'esistenza di ognuno di noi, possa indurre stati di sofferenza così multiformi e variegati.

Poi, posso ammettere le tante e altre ragioni che filosofi, teologi, sociologi e psicologi possano validamente apportare.

Altrimenti, a un medico e a uno psichiatra non resta che accodarsi e uniformarsi a queste altre ragioni, smettendo però nel contempo di esercitare il proprio mestiere.

Certamente nel rapporto tra la psichiatria e l'addiction esistono sia tratti comuni condivisibili come dimostrano la neurobiologia, l'epidemiologia e la clinica, sia tratti distintivi come possono essere gli aspetti temporali (insorgenza primaria o secondaria del disturbo; persistenza oltre un certo periodo superata la fase critica episodica di astinenza o di intossicazione), gli aspetti descrittivi che si riferiscono ai criteri diagnostici, la fenomenologia o la psicopatologia tipica del disturbo additivo (abuso e dipendenza; astinenza e intossicazione; craving; stile di vita e funzionamento psicosociale; condizioni biomediche associate e correlate).

Se consideriamo il DSM-IV revisionato possiamo cogliere sinteticamente sui vari assi diagnostici la raffigurazione di questo rapporto:

ASSE I	<p>disturbi correlati a uso di sostanze</p> <p><i>dipendenza abuso</i> da sostanze: <i>alcol, amfetamine e simili, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, fenciclidina e simili, sedativi ipnotici ansiolitici, sostanze diverse e sconosciute</i></p> <p>da attività: <i>gioco, lavoro, cibo, sesso, acquisti, televisione, computer/internet</i></p> <p>indotti (complicanze): <i>intossicazione, astinenza</i> <i>delirium, demenza, disturbo amnestico, disturbo psicotico, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale, disturbo del sonno</i></p> <p>non indotti (comorbilità): <i>in stato drug-free: un disturbo mentale propriamente diagnosticabile</i></p>
ASSE II	<p>disturbi di personalità</p> <p><i>gruppo A: paranoide, schizoide, schizotipico</i> <i>gruppo B: antisociale, borderline, istrionico, narcisistico</i> <i>gruppo C: evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo</i></p>
ASSE III	<p>condizioni mediche generali</p> <p><i>comorbilità biomedica organica</i></p>

Trattando di comorbilità dobbiamo inquadrare il disturbo psichiatrico come non indotto dalle sostanze o dalle attività svolte secondo tre possibili criteri:

1. un criterio temporale:

- a) di precedenza: i sintomi precedono l'inizio dell'uso di sostanze o del farmaco e quindi non sono eziologicamente correlabili con la sua insorgenza e manifestazione;
- b) di persistenza: esiste persistenza dei sintomi per un tempo (circa un mese) dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave;

2. un criterio quantitativo: i sintomi sono eccessivi rispetto a quanto ci si attenderebbe sulla base del tipo e della quantità di sostanza usata e della durata dell'uso;

3. un criterio qualitativo: altre prove indicano l'esistenza del disturbo indipendentemente dall'uso di sostanze (precedenti anamnestici del disturbo).

In pratica, non si tratta di una complicanza come, invece, possono essere i disturbi psichiatrici indotti: intossicazione, astinenza, delirium, demenza, disturbo psicotico, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale, disturbo del sonno.

Altresì, il disturbo psichiatrico è rilevabile in un periodo "drug free", condizione che nella realtà clinica non è di semplice e di scontato riscontro.

Si possono verificare in questo caso diverse condizioni:

- a) il paziente è "astinente" o, comunque, in remissione dopo un periodo di trattamento specifico per la dipendenza;
- b) il paziente si trova in trattamento specifico per la dipendenza ed è "stabilizzato", vale a dire si trova in una persistente e stabile condizione di equilibrio funzionale;
- c) il paziente, pur stabilizzato dal trattamento per la dipendenza, presenta "particolari condizioni di gravità, di urgenza e di rischio" per cui si rende necessario un tempestivo intervento anche farmacologico che corregga l'emergenza psicopatologica in atto;
- d) il paziente, stabilizzato dal trattamento per la dipendenza e astinente dall'uso della sostanza primaria di abuso e/o dalla reiterazione della prevalente attività svolta, presenta "una ricorrenza episodica, accessuale, intermittente di uso di altre sostanze psicoattive o di altre attività che non si configurano come forme di poliabuso o polidipendenza strutturate, ma che sono inscrivibili al massimo in un quadro di eventi ambientali stressanti o significativi oppure in una periodicità definibile e non altrimenti spiegabile.

Da tutte queste condizioni vanno attentamente, per quanto possibile, esclusi i fattori di condizionamento riferibili al craving, che rinvia in ogni caso alla psicopatologia dell'addiction.

Questo è di fatto il processo clinico che ci consentirebbe di porre una diagnosi doppia di coesistenza e di co-azione in uno stesso paziente di due distinte entità nosologiche la cui caratteristica essenziale è quella di poter esistere e manifestarsi indipendentemente l'una dall'altra, ma che in particolari situazioni cliniche si associano e si integrano.

Il disturbo additivo finisce con l'essere una dimensione clinica estremamente complessa e articolata per la presenza di diagnosi plurime che si intrecciano e condizionano l'espressione del disagio psichico, le possibilità e i margini dell'adattamento psicosociale e i correlati comportamentali della persona dipendente.

Si attivano fattori clinici sfavorevoli che chiamano in causa continuamente condizioni imprevedibili di acuzie e di emergenza (discontrollo, aggressività, violenza, impulsività, suicidio), correlati comportamentali di estrema ricaduta sociale (marginalità, devianza, criminalità), elementi di valutazione prognostica che complicano la gestione del caso (recidive, poliabuso e polidipendenza, astinenze e intossicazioni).

È facile la tendenza alla cronicizzazione dei disturbi con alternarsi di difficoltà terapeutiche che implicano l'accentuato rischio di fallimenti e di dropout, la variabilità e i riadattamenti terapeutici, il concretizzarsi di prognosi difficili e infauste.

Tutto questo porta alla necessità di una integrazione significativa degli interventi e di sempre maggiore combinazione di

terapie che devono essere l'espressione di un processo di ridefinizione clinica e di rilettura della storia complessiva del paziente.

Un'integrazione che muovendo dalle correlazioni cliniche rilevabili nel decorso richiede di seguire direttamente il paziente, prestando cura ai suoi vissuti dolorosi o di apparente benessere, orientandosi sempre a prestare attenzione al controllo degli impulsi e alla disforia; valutando attentamente i pattern d'uso: non soltanto quale tipo di sostanza viene usata e la sua possibile azione neurofisiologica, ma anche in che modo questa sostanza è usata: continuo e stabile, sporadico e variabile, intermittente e accessuale.

Questo può dare possibilità di individuare o meno correlazioni con fasi polari opposte e con ricorrenze cicliche che possono sfociare nell'insorgenza di stati misti o nello sviluppo di rapidi cicli, nel caso ad esempio di un disturbo dell'umore associato.

Allo stesso modo nel caso di altri e differenti disturbi psichiatrici concorrenti nella espressione comorbile della dual diagnosis.

La presenza di una comorbilità biomedica, una complicanza organica come sono frequentemente le epatiti e l'immunodeficienza HIV, non possono essere sottostimate in questo processo clinico, perché esse aggiungono manifestazioni ulteriori, anche di tipo psicopatologico se non francamente psichiatrico, che si sovrappongono al disturbo psichiatrico e al disturbo additivo.

Una comorbilità, quindi, nella sua accezione e nelle sue sfumature propriamente cliniche che, pur apparendo un'area di confine, non sia relegata ad essere terra di nessuno e campo in cui tutti possono illudersi di coltivare qualcosa, sia pure una legittima curiosità intellettuale e professionale, laddove, però, prevalgano i pretesti per chiusure difensive e per l'espressione di comportamenti di delega e di abbandono.

Una comorbilità che sia come è nell'esperienza clinica un oggetto di reale e concreta integrazione.

È innegabile che per giungere a questo risultato del nostro processo di conoscenza bisogna affrontare problemi di formazione e di ricerca condivisi, proprio partendo e superando al contempo ostacoli che nel tempo si sono sedimentati nella pratica clinica: schemi organizzativi e istituzionali divenuti rigidi e incapaci di dare risposte mirate; pregiudizi e stereotipi reciproci basati sulla "non conoscenza" e che spesso creano distanze difficilmente colmabili tra professionisti e tra servizi; competenze rigidamente definite che sicuramente rassicurano e tranquillizzano, senza offrire soddisfazione né tanto meno favorire l'incontro delle esperienze.

La conoscenza avvicina alla realtà e a una maggiore e migliore consapevolezza dei limiti di intervento e di competenza, favorendo il superamento di chiusure narcisistiche, onnipotenti e di costruzioni autoreferenziali.

Il processo di integrazione auspicabile porta alla valorizzazione delle diversità e non ad omogeneizzare in forme indifferenziate le identità.

Giungere, se possibile, alla costruzione di linee metodologiche e operative che permettano di lavorare per il benessere del paziente e della sua crescita come persona. ✍

Dopo gli editoriali sul tema della comorbilità psichiatrica, presentiamo due lavori sul tema degli strumenti utili al processo diagnostico.

Riteniamo importante, specialmente nella fase di accreditamento dei servizi che si sta sviluppando nelle varie Regioni, mettere a disposizione degli operatori spunti di riflessione e di studio.

L'assessment diagnostico nella pratica clinica

G. Cifelli, E. Manzato, C. Biasin*

Introduzione

Nel 2000 presso il Ser.T. 1 dell'Azienda ULSS 21 di Legnago (Verona) presso l'Ospedale di Zevio è stato attivato il Progetto "Trattamento Riabilitativo Integrato della tossicodipendenza da oppiacei. Programma intensivo di detossificazione e programma a medio-lungo termine di prevenzione delle ricadute" finanziato nel Piano Triennale di Intervento Area Dipendenze dell'Azienda ULSS 21 secondo la DGR n. 2896 del 3 agosto 1999 (1).

La DGR della Regione Veneto prevedeva come novità l'incentivazione di approcci e di metodologie scientificamente orientati con interventi multidisciplinari sulla persona nella sua totalità, il perseguimento di adeguati livelli di qualità nelle prestazioni degli operatori dei Servizi Pubblici e Privati, la promozione di un assetto organizzativo tale da garantire la qualità e la valutazione degli esiti degli interventi e lo sviluppo di modalità di formazione permanente.

Il documento inoltre prevedeva le finalità, i prerequisiti, le aree prioritarie di intervento con i relativi indicatori di verifica di output e di outcome e le modalità di valutazione dei Piani Triennali di Intervento Area Dipendenze e dei singoli Progetti.

Tra i prerequisiti dei Progetti, da indicare espressamente, erano previsti gli obiettivi specifici e i relativi indicatori di verifica quantitativi per la misurazione dei risultati, distinguendo le prestazioni (output) dagli esiti (outcome), le fasi, i tempi, le modalità operative, il piano di valutazione e della diffusione dei risultati e il piano finanziario disaggregato (risorse umane, oneri, beni e servizi) (1).

Le DGR della Regione Veneto n. 2217 del 22 giugno 1999 e n. 2974 del 9 novembre 2001 relative al Dipartimento per le Dipendenze e agli indirizzi per gli Interventi nel Settore delle Dipendenze hanno confermato la necessità di incentivare, all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS, la realizzazione di programmi come "organizzazioni" di qualità, basati sulla definizione di modelli di intervento e di sistemi di valutazione scientificamente orientati per favorire il miglioramento continuo della Qualità dell'assistenza (2,3).

All'interno di un trattamento riabilitativo, la valutazione del paziente e del suo programma riabilitativo inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica della gravità clinica (gravità della dipendenza e del danno bio-psico-sociale) effettuata all'ingresso; essa è fondamentale per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del percorso riabilitativo personalizzato.

La valutazione è multidimensionale, dinamica, proveniente da varie fonti e svolta con vari strumenti.

Il monitoraggio (follow-up) del trattamento riabilitativo prevede verifiche periodiche dell'assunzione delle sostanze psicoattive e verifiche di tipo medico, psicologico, psicopatologico, comportamentale e sociale, pertanto, la valutazione dell'andamento e dell'esito riguarda le diverse aree della vita.

Gli indicatori di verifica sono: indicatori diagnostici e di valutazione di gravità clinica, indicatori per la valutazione dei risultati del trattamento in corso e dei risultati finali.

È prevista una valutazione globale dell'equipe curante e una autovalutazione da parte del paziente con scale di self report.

La valutazione formale e standardizzata ha come obiettivo il miglioramento del trattamento riabilitativo e dei suoi risultati (4,5,6,7).

Le indicazioni contenute nelle DGR della Regione Veneto e le conoscenze metodologiche hanno determinato lo sviluppo di un Sistema di Qualità per la valutazione del Progetto e del Programma, di cui è parte fondamentale l'assessment psicodiagnostico.

Il modello di assessment psicodiagnostico presentato è quello utilizzato nella valutazione dei pazienti con dipendenza da sostanze psicoattive con o senza disturbi psichiatrici e di personalità in Asse I e II del DSM IV, inseriti nel Progetto "Trattamento Riabilitativo Integrato della tossicodipendenza da oppiacei. Programma intensivo di detossificazione e programma a medio-lungo termine di prevenzione delle ricadute".

Il termine assessment in ambito clinico indica la valutazione e la misurazione delle diverse relazioni funzionali che caratterizzano il comportamento problematico/patologico; si compone di un insieme di procedure che consentono di:

- evidenziare la relazione tra specifici fattori ambientali, caratteristiche di personalità, fattori neurobiologici e specifici comportamenti di risposta;
- individuare gli interventi più efficaci per modificare il comportamento problematico/patologico, dopo aver formulato i criteri qualitativi e quantitativi per definire un comportamento problematico/patologico (la frequenza con cui si manifesta, l'adeguatezza dei mezzi rispetto al fine, ...) e per considerare una variazione nello stesso come un cambiamento.

Gli strumenti utilizzati per realizzare le procedure di assessment in ambito psicologico e psicopatologico sono:

1. *Il colloquio clinico che serve:*
 - a) alla specificazione del problema;
 - b) alla ridefinizione del problema;
 - c) alla verifica della motivazione a collaborare da parte del paziente;
 - d) alla verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento (follow-up).
2. *Questionari, Scale di valutazione, Test psicologici che servono per:*
 - a) avere una misurazione di base di determinate abilità o disabilità;
 - b) avere un campione di risposte del paziente in determinate circostanze (sintomi, comportamenti, ...);

* Ser.T. 1 Azienda ULSS n. 21 - Regione Veneto, Ospedale di Zevio (Verona).

c) svolgere la verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento (follow-up).

I dati raccolti consentono una definizione di ogni aspetto del problema e delle variabili in gioco, in modo da poter avere una rappresentazione **di base**, del comportamento problematico/patologico, prima del trattamento e di poter verificare i cambiamenti nello stesso, mediante opportune misurazioni delle risposte emesse (esito/outcome), dopo l'attuazione del trattamento.

Nel trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive la valutazione psicodiagnostica è un aspetto di un processo di valutazione diagnostica complesso, articolato, multidimensionale e dinamico che integra le diverse professionalità dell'equipe del Servizio (medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, infermieri, ...) e che consente di rilevare vari aspetti del paziente dipendente:

- neurobiologici, tossicologici e medici;
- psicologici e psicopatologici;
- sociali (8,9,10,11,12,13).

Si sviluppa in itinere (diagnosi "dinamica") secondo due fasi diagnostiche standard (diagnosi di 1° e di 2° livello) e una fase di approfondimento, prettamente psicologica, specifica per ogni paziente.

Le valutazioni diagnostiche di 1° e 2° livello, svolte consecutivamente, corrispondono a due livelli di valutazione qualitativamente diversi, per complessità e profondità e intendono perseguire obiettivi clinici e riabilitativi diversificati.

Il 1° livello diagnostico si prefigge la valutazione dello stato tossicologico, medico e della condizione socioambientale e legale, l'individuazione di eventuali disturbi psicopatologici e la definizione della diagnosi di dipendenza, l'indicazione del livello di gravità complessiva e la motivazione al trattamento, per individuare l'ipotesi del trattamento riabilitativo integrato personalizzato.

Il 2° livello ha per obiettivi la descrizione della personalità del paziente, la rilevazione di disturbi psichiatrici e di personalità concomitanti all'abuso delle sostanze psicoattive al fine di identificare il trattamento riabilitativo integrato più adeguato alle caratteristiche di personalità del paziente e alla gravità dei disturbi psichiatrici e di personalità.

La diagnosi di 1° livello è svolta prima del trattamento di disintossicazione o di mantenimento, mentre la diagnosi di 2° livello è attuata a 2-3 mesi di compenso psicobiologico e/o astinenza dalle sostanze psicoattive quando, in conseguenza del neuroadattamento cerebrale del Sistema Mesolimbocorticale della Gratificazione, è possibile un quadro valutativo stabile e più realistico dell'area tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, comportamentale, relazionale, sociale e legale del paziente. La valutazione multidimensionale del paziente e del suo trattamento riabilitativo, organizzato per fasi, con obiettivi parziali e verifiche ad ogni fase, è, quindi, basata su osservazioni multiple e inizia dal reclutamento del paziente; permette di descrivere la classificazione e la stadiazione, cioè la gravità clinica (gravità della dipendenza e del danno bio-psico-sociale), che sono fondamentali per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del percorso terapeutico personalizzato (mediante farmaci razionali, counselling psicologico e/o psicoterapia, supporto psichiatrico, gestione familiare, interventi di assistenza, di riabilitazione e reinserimento sociale) (14,15,16).

La valutazione multidimensionale del paziente prosegue per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità significativa (follow-up) e anche dopo il termine del trattamento (le indicazioni della letteratura attuale si riferiscono ad un periodo fino a 3-5 anni dopo la sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive), in quanto la valutazione è una premessa fondamentale per la verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento ri-

abilitativo integrato personalizzato e per evitare i rischi della ricaduta (4,5,6,7).

Di seguito si propone una breve descrizione dei test psicologici e delle scale psichiatriche utilizzate nell'assessment psicodiagnostico, così come indicato in altri programmi nazionali e internazionali di trattamento e riabilitazione delle dipendenze da sostanze psicoattive.

Strumenti psicodiagnostici

Gli strumenti psicodiagnostici utilizzati nel Programma forniscono un contributo alla costruzione di una diagnosi multidimensionale e alla definizione del trattamento riabilitativo integrato personalizzato.

Sono somministrati secondo tempi prestabiliti, pur rispettando le caratteristiche del paziente.

È stata definita una batteria standard, certamente non esaustiva, che, integrata di caso in caso con strumenti specifici, permette di rilevare principalmente i seguenti aspetti: valutazione della motivazione al trattamento (MAC/E); valutazione della gravità complessiva (ASI, VGF, SVFSL, GCI); rilevazione di sintomi e disturbi psicopatologici (Astinenza Wang, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, MMPI-2, SCID, SCALA DEL FUNZIONAMENTO DIFENSIVO), descrizione della personalità (MMPI-2, TCI, ROR-SCHACH, TAT, SCALA DEL FUNZIONAMENTO DIFENSIVO) e descrizione della dimensione relazionale affettiva nei legami familiari (FRT).

MAC/E (Motivazione al cambiamento/Eroina)

È un questionario che permette di valutare, in maniera rapida ed obiettiva, il livello di motivazione al cambiamento nella dipendenza da sostanze psicoattive.

Il quadro teorico di riferimento è il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente (1982) e "l'approccio motivazionale" di Miller e Rollnick (1991), un modello di counselling e di intervento terapeutico che valuta la motivazione del paziente accrescendone, se necessario, la disponibilità ad accettare e a svolgere i trattamenti più opportuni.

Gli stadi di cambiamento valutati sono: la Precontemplazione (stadio di non riconoscimento della dipendenza dalla sostanza psicoattiva come un problema), la Contemplazione (stadio di accentuata ambivalenza rispetto all'uso della sostanza psicoattiva), la Determinazione (stadio di ricerca di una soluzione al problema), l'Azione (stadio di attivazione delle soluzioni scelte), il Mantenimento (stadio di consolidamento di nuove abitudini fino ad un abbandono del problema), la Ricaduta (possibili regressioni a stadi precedenti) (17).

ASI (Addiction Severity Index)

È un'intervista semi-strutturata, elaborata da McLellan e colleghi (1979), specifica del settore delle tossicodipendenze che permette di descrivere il profilo di gravità del singolo paziente mediante l'analisi in sette aree problematiche: Condizione Medica, Condizione Lavorativa, Uso di Alcol, Uso di Droga, Status Legale, Relazioni Familiari e Sociali e Stato Psicico (18,19).

VGF (Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento)

È una scala di valutazione del funzionamento tossicologico, medico, psicologico, psicopatologico, sociale e lavorativo secondo un ipotetico continuum salute-malattia mentale.

Rappresenta il V asse della valutazione multiassiale del DSM IV (20).

SVSFL (Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo)

È una scala addizionale del DSM IV e riguarda il funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo e considera le limitazioni in questi ambiti dovute direttamente a problemi di ordine medico o psichico (20).

CGI (Giudizio Clinico Globale)

È stata elaborata per uno studio sulla schizofrenia (PRB Collaborative Schizophrenia Studies) e attualmente si utilizza la versione ridefinita (1970).

Si prefigge, in modo particolare, di valutare l'efficacia del trattamento in pazienti psichiatrici.

È costituita da tre item: la Gravità della Malattia, il Miglioramento Globale e l'Indice di Efficacia.

I primi due sono valutati su una scala a 7 punti, il terzo secondo una matrice simmetrica (4 × 4).

Per la valutazione della Gravità della Malattia, si prende in considerazione la settimana precedente; per il Miglioramento Globale e per l'Indice di Efficacia si considera il tempo trascorso dall'inizio del trattamento.

La CGI è una scala universale che può essere usata con tutti i tipi di pazienti (21).

HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)

È una scala elaborata da Hamilton (1960) per la misura dello stato depressivo.

La versione utilizzata è quella americana a 26 item, che è compilata dall'esaminatore dopo il colloquio con il paziente (22).

STAI Forma Y (State-Trait Anxiety Inventory)

Elaborato da Spielberger (1970), è uno strumento di rilevazione e misurazione dell'ansia che permette una differenziazione concettuale tra Ansia di Stato (Forma Y-1) e Ansia di Tratto (Forma Y-2).

Infatti il test è composto di due scale separate che consentono di misurare due distinti concetti di ansia: l'Ansia di Stato che è definita uno stato transitorio emotivo o una condizione dell'organismo percepita a livello cosciente come tensione ed apprensione; l'Ansia di Tratto che si riferisce a differenze individuali relativamente stabili nella disposizione verso l'ansia, cioè nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere a tali situazioni con diversa intensità (23).

STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory)

Elaborato da Spielberger (1983), fornisce misure rappresentative dell'esperienza e dell'espressione della rabbia.

Si propone di valutare le componenti della rabbia in personalità normali e patologiche. Le dimensioni fondamentali della rabbia misurate dallo Staxi sono: Rabbia di Stato che è definita come uno stato emotivo caratterizzato da sentimenti soggettivi di diversa intensità che vanno da un moderato senso di fastidio o irritazione ad uno stato di furia o rabbia.

Lo stato di rabbia è generalmente accompagnato da tensione muscolare e dall'attivazione del Sistema Nervoso Autonomo; Rabbia di Tratto che è definita come la disposizione a percepire un gran numero di situazioni come fastidiose e frustranti e come la tendenza a rispondere a tali situazioni con più frequente aumento della rabbia di stato; Espressione della rabbia che comprende tre componenti principali: l'Espressione della Rabbia verso le altre persone o l'ambiente (Rabbia-out); la espressione della rabbia verso l'interno (Rabbia-In); il controllo dell'espressione della rabbia (Controllo della Rabbia) (24).

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

È un questionario di personalità ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

Tale strumento, la cui prima versione è nata attorno al 1940 dall'esigenza dello psicologo Hathaway e del neuropsichiatra McKinley di avere a disposizione un test pratico ed efficace per elaborare diagnosi psichiatriche e per determinare la gravità del disturbo psicopatologico, è stato sottoposto a nuova standardizzazione da Butcher e colleghi (1989) apportando cambiamenti alle scale originali e validandone di nuove.

Successivamente è stata elaborata una versione specifica per gli adolescenti (MMPI-A) da Butcher e colleghi (1992).

Il test consiste in una serie di affermazioni alle quali il paziente deve rispondere esprimendo un giudizio di vero o prevalentemente vero, falso o prevalentemente falso per sé (25,26,27).

TCI* (Temperament and Character Inventory)

È una batteria di test costruita sugli assunti della teoria biosociosociale della personalità elaborata da Cloninger (1994), partendo dai principi teorici del modello operante dell'apprendimento.

Ha lo scopo di valutare le differenze individuali nelle due dimensioni della personalità: il Temperamento e il Carattere.

Il Temperamento è definito come l'espressione di risposte emotive automatiche, in parte determinate geneticamente, che si mantengono stabili nella vita.

Le dimensioni del Temperamento (Ricerca della Novità, Evitamento del pericolo, Dipendenza dalla Ricompensa e Persistenza) sono l'espressione di sottostanti strutture genetiche di personalità e risultano essere omogenee e indipendenti.

Il Carattere con le sue dimensioni (Autodeterminazione, Cooperatività e Autotrascendenza) esprime differenze individuali nel concetto di sé, nei valori e negli obiettivi di vita che possono influenzare le scelte, gli scopi e il significato dato alle proprie esperienze (28).

SCID (Intervista Clinica Strutturata)

L'Intervista Clinica SCID, elaborata da Spitzer e colleghi (1990, 1994) è un'intervista semi-strutturata, basata sulla classificazione del DSM-III-R e DSM IV che permette una valutazione sistematica sia dei disturbi dell'Asse I che di quelli dell'Asse II per la definizione di una diagnosi (29,30).

Scala del Funzionamento Difensivo

È una classificazione dei meccanismi di difesa in gruppi affini chiamati Livelli Difensivi (Alto Livello Adattivo, Livello delle Inibizioni Mentali, Livello Lieve di Distorsione dell'Immagine, Livello del Disconoscimento, Livello Grave di Distorsione dell'Immagine, Livello dell'Azione, Livello della Sregolatezza Difensiva), proposta nel DSM IV.

I meccanismi di difesa sono processi psicologici automatici, che proteggono l'individuo dall'ansia e dalla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interni o esterni; aiutano a mediare le reazioni nei confronti dei conflitti emozionali e dei fattori stressanti interni o esterni; consentono di stabilire un compromesso tra gli impulsi, i desideri e gli affetti da un lato e le proibizioni internalizzate o la realtà esterna dall'altro (20).

FRT (Family Relation Test)

È uno strumento elaborato da Bene e colleghi (1965) che serve ad identificare la qualità e l'intensità dei sentimenti tra i membri di un nucleo familiare.

È stato elaborato in diverse versioni (per figli, coppie, individui adulti e coppie rispetto alla famiglia d'origine).

** Per un'ampia analisi anche applicativa di questo test vedi il lavoro di D'Egidio e colleghi su questo numero di Mission.*

Il materiale del test è costituito da 20 figure di cartone che rappresentano in modo stereotipato persone di varie età e sesso, tra le quali il paziente sceglie i membri della sua famiglia attuale o d'origine; da una serie di item il cui numero varia per ciascuna versione e che esprimono sentimenti e atteggiamenti di diversa qualità ed intensità, che il paziente è invitato ad attribuire ai membri della sua famiglia (31).

Reattivo Rorschach

Il Reattivo Rorschach è un test proiettivo elaborato da Rorschach (1921) formato da dieci tavole in cui sono raffigurate macchie di inchiostro sia colorate che in bianco e nero, non strutturate e simmetriche.

È considerato il più completo, il più conosciuto e il più utilizzato test proiettivo.

Le istruzioni sono molto rilevanti perché aiutano il paziente a dare risposte che si adattano sia alla configurazione e alle caratteristiche delle macchie, secondo criteri oggettivi e immaginativi, che ai contenuti inconsci.

L'espressione di questi ultimi è stimolata, in modo particolare, dalla non strutturazione delle macchie stesse.

Le risposte sono, quindi, il risultato dell'interazione tra esigenze interiori e la realtà, tra processi primitivi, inconsci e processi cognitivi, consci.

Al paziente è concessa ampia libertà di risposta e tale condizione può accrescere reazioni difensive e di traslazione verso l'esaminatore.

Secondo Chiara Nosengo e Carla Maria Xella (1997), è importante porre attenzione particolare all'atmosfera relazionale durante la somministrazione del test (reazioni e atteggiamenti del paziente, risonanza emotiva che l'esaminatore ha per quest'ultimo...), perché è un aspetto fondamentale per valutare la personalità del paziente.

Anche le difficoltà e gli errori di siglatura possono avere un'origine controtransferale e possono essere utilizzate clinicamente. La valutazione quantitativa e qualitativa delle risposte consente di evidenziare alcune caratteristiche di personalità:

1. funzioni dell'Io: stile di pensiero e disturbi del pensiero, immagine di sé (identità e ruolo) e qualità delle relazioni oggettuali, meccanismi di difesa;
2. organizzazione affettiva: sperimentazione, espressione e gestione degli affetti;
3. dinamiche centrali: motivazioni, bisogni, desideri, impulsi e conflitti (32,33).

TAT (Thematic Apperception Test)

È uno strumento proiettivo di rilevazione e interpretazione di alcune pulsioni dominanti, delle emozioni, dei sentimenti e dei conflitti della personalità e, in particolare, delle tendenze inibite del paziente.

La forma definitiva, pubblicata da Murray (1943), è costituita da una serie di 31 immagini (disegni, fotografie, riproduzioni di quadri) e, secondo le indicazioni dell'autore, il soggetto è invitato a costruire una storia sulla figura, specificando la situazione rappresentata dalla tavola, i precedenti, la conclusione i sentimenti e i pensieri dei personaggi.

Attualmente esistono diverse modalità di somministrazione, siglatura e di interpretazione del Test.

All'interno di tale varietà di contributi, la scelta di quello più adeguato per l'interpretazione delle risposte al test, dipende dall'obiettivo che si intende raggiungere (clinico, di ricerca...).

Dai dati ottenuti deve essere possibile individuare gli aspetti strutturali secondo cui il soggetto organizza il mondo immaginario nella dinamica triadica di relazione d'oggetto-angoscia-difesa e il modo in cui il soggetto presenta la propria realtà psichica, il proprio modo di porsi con il Sé reale e con gli oggetti reali (34).

La batteria CBA 2.0 e la scala SCL 90 pur non essendo attualmente utilizzate nel Progetto, sono presentate per la loro rilevanza nell'assessment clinico.

CBA 2.0 (Cognitive Behavioural Assessment)

La batteria CBA 2.0 è nata dal lavoro di Bertolotti e colleghi (1985) per individuare delle eventuali aree problematiche in popolazioni cliniche e non.

È uno strumento estremamente flessibile e stabile nel tempo, poiché non fornisce diagnosi o profili psicodiagnostici, ma una puntuale descrizione delle eventuali problematiche del soggetto e il legame di queste ultime con la situazione ambientale e alcune caratteristiche globali della persona.

Generalmente, nell'utilizzo clinico, la batteria viene somministrata all'inizio dell'assessment (tra il primo ed il secondo colloquio) per poter usufruire delle numerose informazioni, che essa offre, nei successivi colloqui.

Per quanto riguarda gli indici della batteria CBA 2.0, essa è formata da dieci scale deputate ad indagare diversi aspetti della personalità del soggetto preso in esame:

- STAI Forma Y-1 (Ansia di Stato) e STAI Forma Y-2 (Ansia di Tratto).
- Eysenck Personality Questionnaire, forma ridotta (EPQ/R).
- Questionario Psicofisiologico, forma ridotta (QPF-R). (Riflette il giudizio del soggetto sulle proprie reazioni psicofisiologiche: è un indice del cosiddetto "lamento somatico").
- Inventario delle Paure, forma ridotta (IP/R).
- Questionario D (QD) (misura le manifestazioni depressive di rilievo sub-clinico).
- Questionario D Maudsley Obsessional-Compulsive-Questionnaire forma ridotta (MOCQ-R) (Indaga comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo).
- STAI Forma Y-1 (Ansia di Stato) forma ridotta (STAI X-1/R) (si misura il livello d'ansia esperito dal paziente alla fine del questionario e si confronta l'ansia del soggetto all'inizio e alla fine della prova) (35).

SCL 90* (Self-Report Symptom Inventory)

È uno strumento elaborato da Derogatis e colleghi (1970), è stato utilizzato in via sperimentale presso il Servizio su indicato.

È una scala per la valutazione generale della sintomatologia psichiatrica.

È autosomministrata e può essere utilizzata con pazienti che non sono gravemente psicotici.

Si può utilizzare per valutare il decorso clinico (valutazioni pre-trattamento, intermedie e post-trattamento).

È composta da 90 domande che si raggruppano intorno a 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi manifestati da pazienti psichiatrici ambulatoriali, non gravemente psicotici.

Le dimensioni sono: Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività, Depressione, Ansia, Collera-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo.

Per ogni item, il paziente ha 5 possibilità di risposta su una scala da 0 a 4 (0-Per niente, 1-Un poco, 2-Moderatamente, 3-Molto, 4-Moltissimo), che esprime assenza o presenza crescente del disturbo valutato.

Nella SCL-90 sono anche definiti 3 indici: *GSI* (General Symptomatic Index): è il rapporto tra la sommatoria di tutti gli item e quelli valutati; *PST* (Positive Symptom Total): è il numero degli item segnati positivamente; *PSDI* (Positive Symptom Distress Index): è la somma di tutti gli item e il PST (36).

** Per un'ampia analisi anche applicativa di questo test vedi il lavoro di D'Egidio e colleghi su questo numero di Mission.*

Conclusioni

L'assessment diagnostico presentato è un modello operativo utilizzato con opportune variazioni per altri Programmi attivati presso lo stesso Servizio ("Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbidità Psichiatrica", ...); le procedure diagnostiche adottate sono attualmente in fase di implementazione relativamente ai modi e ai tempi di utilizzo (somministrazione, elaborazione, ...) e di verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo integrato, mediante una valutazione qualitativa e statistica. ✍

Bibliografia

1. DGR n. 2896 del 03.08.1999 "Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9). Legge 18 febbraio 1994, n. 45".
2. DGR n. 2217 del 22.06.1999 "Il Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche per l'istituzione".
3. DGR n. 2974 del 9.11.2001 "Indirizzi per gli interventi nel Settore delle Dipendenze".
4. Pantalon M., "Valutazione del processo di trattamento e dei risultati", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Franco Angeli, Milano, 2001.
5. Rounsaville B.J., "L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
6. Pantalon M., "Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
7. Serpelloni G., Simeoni E., "La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, La Grafica, Verona, 2002.
8. Schottenfeld R.S., "Valutazione del paziente", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
9. Ball S.A., "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
10. Gerra G., "Diagnostica precedente la disassuefazione. La diagnosi dopo la disassuefazione", in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio pratico*, Mediserve, Milano, 1998.
11. Lucchini A., Strepparola G., "Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
12. De Battisti L., Barbera G., Cifelli G., Rossi L., Corso A., Manzato E., "L'assessment psicodiagnostico per la comorbidità psichiatrica", in Manzato E., Barbera G., *La comorbidità psichiatrica nell'alcoldipendenza*, Litozetatre, Verona, 2000.
13. Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "La valutazione diagnostica del paziente con comorbidità", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, Castello d'Argile (BO), 2002.
14. Schuckit M.A., "Obiettivi del trattamento", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, cit.
15. Gerra G., "Matching paziente-trattamento", in *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico*, cit.
16. Rounsaville B.J., "Quale trattamento per quale paziente", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, cit.
17. Spiller V., Guelfi G.P., "La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 2, 1998.
18. McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F. R., LaPorte D. J., Intintolo V., "The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients", in Gottheit E., McLellan A. T., Druley K.A., *Treatment of substance abuse among the psychiatric illness*, Pergamon Maxwell, New York, 1979.
19. Consoli A., Bennardo A., "Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo", *Addiction Severity Index*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.
20. American Psychiatric Association (APA), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV)*, Masson, Milano, 1996.
21. Cassano C.B., Conti L., Levine J., "Clinical Global Impressions", in Conti L., *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Tomo Primo, SEE, Firenze, 1999.
22. Cassano C.B., Conti L., Levine J., "Hamilton Rating Scale for Depression", in Conti L., *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Tomo Primo, cit.
23. Spielberger C.D., *STAI. Inventario per l'Ansia di Stato e di Tratto*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989.
24. Spielberger C.D., *STAXI. State-Trait Anger Expression Inventory*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1992.
25. Butcher J.N., Williams C.L., *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1992.
26. Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A., Kaemmer B., *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring, and interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989.
27. Butcher J.N., Williams C.L., Graham J.R., Archer R.P., Tellegen A., Ben-Porath Y.S., Kaemmer B., *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents): Manual for administration, scoring, and interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1992.
28. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D., *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*, Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, Missouri, 1994.
29. Fava M., Guaraldi G. P., Mazzi F., Rigatelli M., *SCID. Intervista Clinica Strutturata per il DSM-III-R*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.
30. Mazzi F., Morosini P., De Girolamo G., Lusetti M., Guaraldi G.P., *SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (CV)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 2000.
31. Bene E., James A., *FRT. Family Relation Test*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1991.
32. Lerner P.M., "Un approccio psicoanalitico sperimentale", in *Il Rorschach. Una lettura psicoanalitica*, Cortina, Milano, 2000.
33. Nosengo C., Xella C.M., "L'applicazione clinica del Rorschach", in Del Corno F., Lang M., *La diagnosi testologica: Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*, Franco Angeli, Milano, 1997.
34. Imbasciati A., Ghilardi A., *Manuale clinico del TAT. La diagnosi psicoanalitica*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1994.
35. Cilia S., Sica C., *Assessment Cognitivo Comportamentale: le strategie CBA 2.0*, Tecno Scuola, Gorizia, 1998.
36. Cassano C.B., Conti L., Levine J., "Self-Report Symptom Inventory - Revised (SCL-90-R)", in Conti L., *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Tomo Primo, cit.

SUPPLEMENTO A MISSION

A questo numero di MISSION è allegato un utile, snello ed originale opuscolo:

Trattamento Riabilitativo Integrato

A cura di **Ezio Manzato**, Direttore Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 - Legnago (VR) - Ospedale di Zevio, con la collaborazione di: **Roberto Sassi** e **Carlo Savino** Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 - Legnago - Ospedale di Zevio e la supervisione scientifica di **Mauro Cibin**, Dipartimento per le Dipendenze Az. ULSS 13 - Dolo Mirano (VE).

Realizzato con il contributo del Laboratorio Farmaceutico CT Srl Sanremo (IM)

SCL (Symptom Check List)-90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei

*Pietro D'Egidio**, *Giorgio Da Fermo***, *Giuseppe Vena**

“Riemergendo dall'analisi per arrivare a quella sintesi di cui sola custode è la clinica...”

Introduzione

La clinica delle dipendenze in Italia è soggetta a molti fattori interferenti che nulla hanno a che vedere con la medicina basata sulle evidenze: dalla proibizione per legge dell'usare la epistemologia della psichiatria nella clinica della dipendenza all'attuale escalation, dettata da motivazione eterodossa, del numero percentuale di tossicodipendenti che sono di competenza psichiatrica: 30%... 70%..... 100%!

La competenza clinica per la cura del paziente con patologia da dipendenza deve per necessità spaziare in settori diversi che vanno dalla patologia infettiva a quella epatica, da quella psichiatrica e della relazione a quella dermatologica, cardiaca ecc.

Solo la specializzazione “dell'uomo malato” (la medicina interna), a nostro giudizio si avvicina a questa complessità di conoscenze necessarie che più opportunamente andrebbero raccordate in una nuova branca specialistica: la medicina (o la clinica) della dipendenza.

È pur tuttavia vero che nei servizi italiani, attualmente, anche in riferimento ai mutati quadri patologici emergenti, la problematica più propriamente psichiatrica sembrerebbe trascurata, sia quindi per una scarsa attenzione, storicamente sedimentata, che per una reale insufficiente competenza ed esperienza nella branca.

Per questo motivo, nel continuare un percorso di formazione permanente, ci siamo posti nella condizione di andare a ricercare se, e se si quali, test potessero essere proposti e implementati nei servizi per avviare un percorso che giunga a porre gli stessi nella capacità di una formulazione diagnostica, di una gestione della relazione e quindi di un approccio terapeutico più completo e pertanto più efficace.

Le Rating Scale (RS) ed i Questionari sono in grado di fornire una rappresentazione quantitativa dei fenomeni psichici e del comportamento e hanno consentito di standardizzare parametri e criteri di valutazione al fine di ridurre al massimo la soggettività dell'osservazione psichiatrica e di ottenere dati confrontabili, riproducibili ed analizzabili (1,2).

Le RS sono in grado di misurare ogni caratteristica del paziente che possa essere esplicitamente definita. Questo vale anche per gli aspetti più profondi ed impercettibili della vita psichica, purché si traducano in elementi del comportamento umano e si prestino perciò ad essere chiaramente e precisamente definiti.

Con l'avvento di terapie sempre più efficaci e mirate, anche il linguaggio della psichiatria è cambiato.

Il sistema diagnostico, ampiamente rivisitato, è stato reso più descrittivo, più basato sui sintomi e, in questa ottica, più adatto alla valutazione mediante strumenti standardizzati.

Anche il parallelo sviluppo e l'affermarsi delle terapie cognitive e comportamentistiche ha favorito la messa a punto di strumenti di valutazione capaci di mettere bene a fuoco l'oggetto dell'intervento e verificarne l'effetto.

I più importanti fra i numerosi elementi che caratterizzano le RS sono:

- l'area esplorata;
- il numero degli item;
- le modalità di attribuzione del punteggio;
- il tempo da prendere in considerazione nella valutazione;
- chi effettua la valutazione;
- il grado di complessità della valutazione.

Nella scelta e nell'impiego dei test è necessario tenere presenti alcuni fattori importanti per i risultati che si vogliono ottenere.

Il primo punto da prendere in considerazione è l'*utilità*.

Uno strumento di valutazione può essere considerato utile solo se aiuta a migliorare il servizio reso ai pazienti e se fornisce un adeguato feedback dell'attività svolta.

L'utilità di uno strumento è anche in funzione della sua applicabilità (tempo necessario per la sua somministrazione, semplicità di valutazione, facilità di interpretazione dei risultati, eccetera) (2).

Per la scelta dei test siamo andati alla ricerca di strumenti di rapida somministrazione quindi meglio se autosomministrati, dotati di validità intrinseca, di facile lettura, efficaci, di più frequente utilizzo nella comunità scientifica.

La letteratura ne propone molti e tra questi 2 test sono stati individuati rispondere ai requisiti cercati: la SCL (Symptom Check List)-90-R e il TCI (Temperament and Character Inventory).

La SCL-90 è una scala per l'autovalutazione dello stato psicopatologico (2). Viene descritta come uno strumento per aiutare a capire meglio i problemi del paziente o come uno strumento utile per monitorare lo svolgimento del suo programma.

Data la sua facilità di compilazione, è strumento di screening in tutti gli ambiti della clinica.

La scala è adatta per la valutazione del decorso clinico. Sono inoltre possibili valutazioni intermedie a discrezione del clinico.

La SCL-90 comprende 9 dimensioni (2) che includono la maggior parte dei sintomi riconducibili alla patologia psichica:

Somatizzazione: attiene al disagio interiore percepito in seguito a disfunzioni somatiche.

Ossessività-Compulsività: definisce il comportamento tipico di un disturbo ossessivo compulsivo.

Sensitività: mette a fuoco l'inadeguatezza personale e il senso di inferiorità nelle relazioni interpersonali.

Depressione: evidenzia la maggior parte dei sintomi che caratterizzano il disturbo depressivo.

Ansia: esprime la sintomatologia esperienziale che di solito è associata ad uno stato di ansia.

Collera-Ostilità: evidenzia gli aspetti verbali e comportamentali dell'ostilità.

Ansia fobica: esprime la sintomatologia degli stati di ansia fobica e dell'agorafobia.

Ideazione paranoide: fa riferimento al concetto che il comportamento paranoide è espressione di un modo di pensare.

Psicoticismo: indica la condizione psicotica.

La SCL-90 fornisce anche 3 indici:

GSI - *General Symptomatic Index*, che corrisponde al rapporto fra la sommatoria dei punteggi di tutti gli item ed il numero degli item comunque valutati.

PST - *Positive Symptom Total*, che corrisponde al numero degli item segnati positivamente, cioè da 1 a 4;

PSDI - *Positive Symptom Distress Index*, che corrisponde al rapporto tra la somma di tutti gli item ed il PST (2).

La SCL-90-R produce utili indicazioni circa il distress psicopatologico e ha una ampia applicazione sia nella ricerca psicoterapica che nella pratica clinica (3).

Zack e altri (4) hanno documentato la validità della SCL-90-R che risulta essere un ottimo strumento in grado di porre in evidenza elementi di distress psichiatrico negli abusatori di sostanze, mentre

* Medico, Ser.T. Pescara. ** Psicologo, Ser.T. Pescara.

Haver ne ha documentato la validità negli alcolisti (5), in special modo valorizzando il dato generale ottenuto con il GSI nel selezionare la presenza o meno di patologia psichiatrica.

La SCL può essere usata come strumento di screening per identificare i disordini mentali (6), anche nei servizi sanitari di base (7,8,9) e comunque in quelli in cui non è richiesta la specifica competenza specialistica psichiatrica come nei servizi per la cura delle dipendenze.

La SCL si rileva uno strumento di screening utile per individuare i disordini della personalità nei pazienti ambulatoriali (10).

In particolare Starcevic ha osservato come un punteggio di PSI (personality severity index) > di CSI (current symptom index) sia in grado di porre in evidenza con un indice di correlazione di oltre il 90% la presenza di un severo disturbo della personalità (PSD) (disturbi della personalità di cluster A e/o B nel DSMIV) (10).

In vari disordini relativi alla depressione e all'ansia, nell'ambito della depressione maggiore, dell'attacco di panico, del disturbo generale di ansia, della fobia sociale, dei disordini ossessivo-compulsivi, dei quadri misti di ansia e depressione, si evidenzia una buona correlazione dei quadri clinici con i risultati della SCL (11). Il test appare anche utile per stimare il rischio di ricadute entro un anno dalla disintossicazione negli alcolisti (12).

Molti studi riferiscono che il GSI (Global Severity Index) è un indicatore molto sensibile per discriminare la popolazione "disfunzionale" da quella "funzionale". Schauenburg (13) calcola a questo scopo il punto di cut off a 0,57.

Altri pongono in rilievo la necessità che il valore del punto di cut off venga specificamente ricercato nei vari gruppi di soggetti all'interno dei quali applicare il test (14).

È opinione condivisa che i valori di cut off del test in tutti i suoi parametri vengano verificati nei singoli gruppi di appartenenza dei soggetti a cui viene somministrato il test (6,8,13).

Studi analoghi vengono effettuati per validare in ambiti nazionali le versioni tradotte del TCI (15,16) e che tengano conto delle differenze culturali ed antropologiche esistenti.

Il TCI è stato usato anche come strumento per tratteggiare la personalità di specifici gruppi sociali (17) come i medici e gli anestesisti. La SCL-90-R viene usata con successo sia nella pratica clinica che nella ricerca per documentare e misurare il miglioramento dei sintomi psichiatrici (3, 13) in esito a specifici trattamenti, come anche nella terapia comportamentale in abusatori di cocaina (18).

Vari autori usano la SCL nella clinica della dipendenza da sostanze (19,20,21,22,23). Schaar (24) usa la SCL per monitorare l'andamento clinico in esito a 18 mesi di terapia in dipendenti da sostanze con associate patologie psichiatriche e Franken (25) la usa dimostrandone la superiorità rispetto ad altri strumenti per lo screening e la diagnosi dei disordini dell'ansia e dell'umore in pazienti dipendenti da sostanze.

Nel 1987 Cloninger basandosi su di una teoria biosociale generale della personalità, ha sistematizzato un metodo per la descrizione clinica e la classificazione delle caratteristiche, normali ed abnormi, di personalità (26).

La sua teoria si fonda sui dati derivati da una serie di studi che vanno da quelli familiari a quelli sullo sviluppo longitudinale degli individui, da quelli psicometrici sulla struttura della personalità a quelli neurofarmacologici e neuroanatomici.

Si ipotizza l'esistenza di tre dimensioni geneticamente indipendenti che presentano prevedibili pattern di interazione nelle loro risposte adattive a specifici stimoli ambientali (2).

Queste tre dimensioni sono state definite come:

Novelty Seeking - NS (o ricerca della novità), una tendenza verso l'allegria o l'eccitamento marcati in risposta a stimoli nuovi o a prospettive di gratificazioni o di evitamento delle punizioni, tendenza all'attività esploratoria, alla ricerca di potenziali gratificazioni così come all'evitamento attivo della monotonia e della potenziale punizione, all'impulsività decisionale, alla scarsa resistenza alle frustrazioni.

Harm Avoidance - HA (o evitamento del danno), la tendenza a rispondere intensamente a segnali di stimoli aversivi, così come ad imparare ad inibire il comportamento per evitare la punizione, le novità (paura dell'ignoto) e la frustrante mancanza di gratificazione, scarsa resistenza agli stress fisici, tendenza all'anticipazione pessimistica.

Reward Dependence - RD (o dipendenza dalla ricompensa), una tendenza ereditaria a rispondere intensamente a segnali di gratificazione (come segnali verbali di approvazione sociale, affettiva,

di aiuto), a mantenere (o ad evitare l'estinzione di) comportamenti che sono stati associati a gratificazioni o all'evitamento della punizione, tendenza al sentimentalismo, ai comportamenti abitudinari; eccessivo attaccamento sociale, dipendenza dall'approvazione.

Ognuna di queste dimensioni riflette l'attività di tre sistemi cerebrali che regolano, rispettivamente, il comportamento di attivazione, di evitamento e di mantenimento e che sono la espressione dell'attività dopaminergica, serotoninergica e noradrenergica (2); ciascuna di esse è composta da quattro dimensioni bipolari di secondo ordine. Cloninger ha successivamente rielaborato il suo modello biosociale della personalità portando a sette le dimensioni per l'aggiunta alle tre originali di:

Persistence (P), definita come perseveranza nonostante la fatica e la frustrazione.

Self-Directedness (SD), in rapporto alla identificazione di se stesso come individuo autonomo.

Ha come concetto di base la forza di volontà, la capacità del soggetto di controllare, regolare e adattare il comportamento nella maniera ottimale per l'individuo, e per il raggiungimento degli obiettivi.

È considerata la determinante principale della presenza o assenza di disturbi di personalità (DP).

Cooperativeness (C), esprime tolleranza sociale, empatia, disponibilità all'aiuto, alla compassione.

Una bassa C è presente in tutte le categorie di DP.

Self-Transcendence (ST), si riferisce all'identificazione con un insieme generale, una "coscienza unitaria" nella quale ogni cosa è parte di una totalità; questa prospettiva può essere descritta come accettazione, identificazione o unione spirituale con la natura e con la sua origine.

È più bassa nei pazienti psichiatrici (indipendentemente dalla presenza o meno di DP) rispetto alla popolazione generale.

I lavori di Cloninger hanno portato alla realizzazione del Temperament and Character Inventory - TCI (27).

Il TCI delinea in maniera efficace il temperamento e il carattere di un individuo ed è in grado di suggerire indirizzi diagnostici nell'ambito dei disordini della personalità e di differenziare i differenti sottotipi di ciascun individuo (28).

Il TCI viene usato per correlare le dimensioni del temperamento e del carattere a molte condizioni di distress psicologico e a varie condizioni di franca patologia psichiatrica (29,30,31,32,33,34).

Tra queste un ruolo di particolare rilievo assumono i disturbi correlati all'ansia e alla depressione.

La depressione e la correlata anedonia, l'incapacità di provare piacere, rivestono una importanza sostanziale nel settore della clinica delle dipendenze.

Gli aspetti temperamentali della personalità, così come evidenziati dal TCI si correlano in una articolazione complessa con il vasto corteo sintomatologico della depressione (indagato con il CES-D) (35).

Il TCI si è dimostrato inoltre uno strumento utile nello studio dei disturbi della personalità (30,31,32) per la possibilità di correlare ad essi alcuni aspetti del temperamento e del carattere, e come strumento di analisi predittiva per il rischio di sviluppare depressione (36,37).

Cloninger (2) ha correlato le tre dimensioni principali del temperamento con gli otto principali disturbi della personalità (tav. 1).

Lo stesso Cloninger, sulla base di un vasto numero di ricerche genetiche, ha stabilito che le 4 dimensioni del temperamento sono ereditarie e determinano per il 50-60% la personalità (indipendentemente l'uno dall'altra).

Si manifestano in fasi precoci della vita e coinvolgono inclinazioni e preconcetti nell'ambito della memoria percettiva e nella formazione delle abitudini. Il restante 40-50% della personalità, determinato dalle variabili del carattere vengono plasmate da influenze familiari e maturano in età adulta, influenzando il senso di efficacia personale e sociale.

Tali variabili di carattere indicano la presenza o meno dei disturbi di personalità. Infatti tutti i disturbi di personalità mostrano punteggi bassi nella capacità di orientarsi da soli (autodirettività) e di cooperare (cooperatività).

La modificazione di tali aspetti caratteriali sembra rispondere favorevolmente alla psicoterapia.

Tav. 1 - Correlazione tra i punteggi nelle tre dimensioni del temperamento e 8 disturbi della personalità

Disturbi di personalità	Novelty seeking	Harm avoidance	Reward dependence
Antisociale	alto	basso	basso
Istrionico	alto	basso	alto
Passivo aggressivo	alto	alto	alto
Esplosivo	alto	alto	basso
Ossessivo	basso	alto	basso
Schizoide	basso	basso	basso
Ciclotimico	basso	basso	alto
Passivo-dipendente	basso	alto	alto

Appare anche interessante l'uso del TCI negli alcolisti (34), nell'individuare quei soggetti con una anormalità del sistema serotoninergico (38) che sembra predisporre all'insorgenza precoce dell'alcolismo e che potrebbe trarre beneficio dall'utilizzo di specifici farmaci antagonisti della serotonina (39).

Negli alcolisti il TCI mostra (34) un quadro caratterizzato da alti valori per la ricerca della novità e bassi valori per la autodirettività. Gutierrez e altri (33) hanno approfondito l'utilizzo del TCI negli abusatori di sostanze.

Il prevalere della autodirettività appare in questi studi associato alla presenza e alla severità dei disturbi della personalità. Conway (40) correla la personalità con le sostanze di abuso usate (eroina, cocaina e/o alcol) e pone in evidenza come i valori più alti di ricerca della novità correlano con i poliabusi e Zilberman (41) riferisce di come l'impulsività correla con la intensità del craving.

Dughiero (42) riferisce il dato di come alti valori per la ricerca della novità al TCI e di psicoticismo alla SCL correlano con il consumo di ecstasy.

Obiettivi

- Individuare uno o più test utili nella complessiva diagnostica clinica dei pazienti abusatori di eroina.
- Valutare la possibilità e la utilità dell'uso dei tests SCL-90-R e TCI nella clinica della dipendenza da eroina nei Ser.T. In particolare la possibilità che la SCL-90-R, un test autosomministrato e ampiamente usato per evidenziare condizioni di distress e di psicopatologia, possa essere un utile strumento di screening per i disturbi della personalità in generale e per la individuazione di severi disturbi della personalità in particolare tra i pazienti dipendenti da sostanze in cura presso i Ser.T.
- Realizzare un software per la analisi rapida dei due test correlati di grafici.
- Ricercare il punto di cut off per le subscale e per il GSI della SCL-90-R e per le scale e le subscale del TCI negli eroinomani in trattamento nei Ser.T. in Italia.
- Verificare il possibile uso clinico delle informazioni acquisite con la SCL e il TCI nella gestione del rapporto operatore paziente all'interno dei concetti propri della programmazione neuro linguistica (PNL).

Materiali e metodi

I test scelti nel presente studio sono stati la SCL-90-R, e il TCI. Nella somministrazione della SCL-90-R è opportuno (2) sottolineare al paziente la necessità di rispondere a tutte le domande nel più breve tempo possibile e spiegare allo stesso la definizione dei livelli di gravità.

La scala misura la sintomatologia dell'ultima settimana. Normalmente i pazienti sono in grado di compilarla in circa 15 minuti; talora può essere necessaria la supervisione dello psicologo, del medico o dell'infermiere.

Ciascun item è valutato su di una scala da 0 a 4 (2).

Il TCI è un test che prende in considerazione la vita intera e pertanto la scala non si presta per la valutazione ripetuta.

Essa consente la valutazione della personalità e dei disturbi della personalità della popolazione generale e dei pazienti psichiatrici.

Il TCI, nella sua versione più completa (versione 9) è composto da 240 item: 89 derivano direttamente da TPO e, assieme ad altri 27 item aggiunti ex novo per migliorare l'affidabilità delle scale, esplorano i tratti temperamentali (NS, HA, RD e P), 119 valutano i tratti del carattere (SD, C ed ST) ed ulteriori 5 servono come indicatori della presenza di DP.

Il calcolo dei punteggi delle scale viene effettuato sui 226 item della versione precedente.

Essendo la valutazione degli item di tipo dicotomo (vero/falso), il punteggio è 1/0 per gli item positivi e 0/1 per quelli negativi.

I punteggi grezzi vengono trasformati in punteggi standardizzati T che consentono di tracciare un profilo di personalità.

Per ogni tratto temperamentale e caratteriale e per le relative subscale sono predisposte, sulla base di un campione normativo, i punteggi T e quelli percentili corrispondenti ai rispettivi punteggi grezzi (2). A scopo interpretativo (2), per i punteggi percentili sono indicati da vari autori i seguenti punti di cut off: molto basso: 0-16,7%; basso: 17-33%; medio: 34-66,7%; alto: 67-83,3%; molto alto 84-100%. Abbiamo somministrato la SCL-90-R a 149 pazienti e il TCI a 63 pazienti tutti afferenti al Ser.T. di Pescara in un periodo di tempo di 12 mesi.

La selezione dei pazienti da arruolare è avvenuta con una scelta randomizzata dei pazienti che giungevano al servizio nei giorni in cui lo staff era disponibile per la effettuazione dei test.

In sede di analisi dei dati sono stati scartati 2 test dove il paziente aveva segnato rispettivamente solo 1 e 3 risposte, individuandone una "non partecipazione" e quindi la mancanza di validità.

Durante la autosomministrazione è stato sempre presente un operatore (medico, psicologo, sociologo, educatore) per assistere il paziente creando anche un setting valido dal punto di vista della relazione e anche per effettuare una valutazione soggettiva dell'impegno del paziente nella effettuazione del test.

Vari autori hanno paragonato la somministrazione standard dell'SCL con una versione computerizzata (43).

La nostra scelta è stata quella di procedere ad una somministrazione standard su supporto cartaceo che ci è sembrata in grado di assicurare le migliori condizioni di setting per l'utenza di riferimento. I dati sono stati successivamente inseriti in un software da noi appositamente realizzato per la rapida rappresentazione analogica e grafica dei risultati e quindi sono stati analizzati con l'ausilio dei software PROTEUS (44) e SPSS v.10.01.

Risultati

Per quanto riguarda la SCL-90-R il primo dato da andare a cercare è stato quello del cut off delle scale e delle subscale.

È un punto sostanziale del nostro lavoro in quanto la letteratura indica la necessità di definire i valori di riferimento per ambiti territoriali e categorie omogenee.

Pertanto i valori numerici di cut off che andiamo a individuare possono intendersi riferiti alla popolazione di abusatori di sostanze afferenti ai servizi pubblici (Ser.T.) in Italia.

La asimmetria della gaussiana per tutti i parametri oggetto di questa indagine viene espressa da un numero positivo e conseguentemente il valore della media risulta essere sempre maggiore di quello della mediana (p.es. vedi graf. 1).

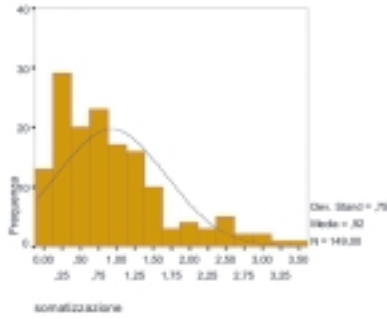
Appare conseguentemente più rappresentativo per la individuazione del cut off il valore mediano delle singole scale e subscale (tab. 1).

Molti autori individuano il valore di cut off del GSI capace comunemente di dare indicazione e discriminare tra i soggetti "potenzialmente" disfunzionali e quelli funzionali rispettivamente per valori superiori e inferiori o uguali.

Abbiamo allora definito in una nuova variabile nominale i soggetti con cut off $\leq 0,84$ indicati come funzionali e quelli con cut off $> 0,84$ indicati come disfunzionali e abbiamo analizzato come, rispettivamente ad essa, si collocano i pazienti in rapporto alla effettuazione o meno della terapia sostitutiva (con metadone cloridrato o con buprenorfina).

I risultati, che sono illustrati nella tabella 2 e nel grafico 2, mostrano una alta significatività della correlazione sia per il Chi-quadrato di Pearson che per il test U di Mann-Whitney con un $p=0,001$ per entrambi.

Graf. 1 - Asimmetria della gaussiana per la subscale "somatizzazione"



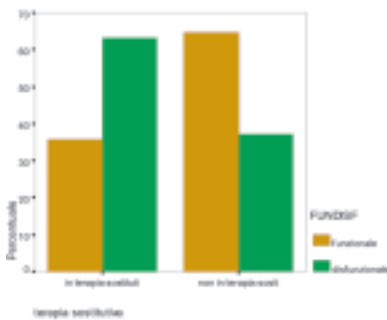
Tab. 1 - Valori delle scale e subscale della SCL-90-R (cut off) nei pazienti del Ser.T.

Scale e subscale	Mediana	75° percentile
GSI	0,84	1,20
PST	47,0	67,5
PSDI	1,48	1,89
Somatizzazione	0,75	1,25
Ossessività	0,80	1,47
Sensitività interpersonale	0,67	1,22
Depressione	0,92	1,69
Ansia	0,70	1,40
Aggressività	0,67	1,33
Fobia	0,14	0,43
Paranoia	0,83	1,50
Psicoticismo	0,57	0,95

Tab. 2 - Tavola di contingenza "terapia sostitutiva - funzionale/disfunzionale"

	Funzionale	Disfunzionale	Totale
In terapia sostitutiva	27 (37,0%)	46 (63,0%)	73
Non in terapia sostitutiva	49 (64,5%)	27 (35,5%)	76
Totale	76 (51,0%)	73 (49,0%)	149

Graf. 2 - Grafico per "terapia sostitutiva - funzionale/disfunzionale"



Starcevic ha osservato come un punteggio di PSI (Personality Severity Index) > di CSI (Current Symptom Index) sia in grado di porre in evidenza con un indice di correlazione di oltre il 90% la presenza di un severo disturbo della personalità (10). Pertanto siamo andati a verificare i risultati di questi 2 indici: PSI, CSI (tab. 3) e successivamente a porli in correlazione con quell'indice universalmente accettato nella letteratura che è il GSI (tab. 4). L'indice di correlazione tra il valore di cut off di GSI e PSI è molto alto con un Chi-quadrato di Pearson = 0,000. Peraltro osserviamo che il PSI non è in grado di portare un'ulteriore capacità di discriminare della popolazione indagata rispetto al GSI. Anche il rapporto PSI/CSI non sembra avere particolare significato in questa casistica. Se selezioniamo i pazienti che hanno un valore di GSI oltre il 75° percentile osserviamo che all'interno di questo gruppo si ritrovano la maggior parte dei pazienti che per le 9 subscale della SCL sono sopra il cut off (tab. 5)

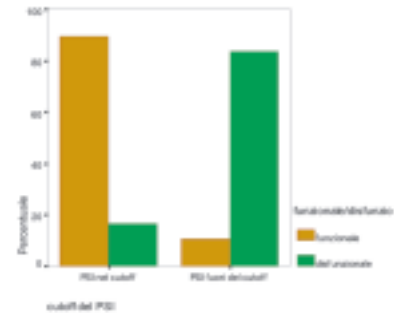
Tab. 3 - Valori delle scale PSI e CSI

	Mediana	75° percentile
PSI	0,80	1,21
CSI	0,73	1,17

Tab. 4 - Tavola di contingenza "cut off del PSI - cut off del GSI"

	Funzionale	Disfunzionale	Totale
PSI nel cut off	68 (85,0%)	12 (15,0%)	80
PSI fuori del cut off	8 (11,6%)	61 (88,4%)	69
Totale	76 (51,0%)	73 (49,0%)	149

Graf. 3 - Grafico "cut off del PSI - cut off del GSI"



Tab. 5 - Percentuale di pazienti con subscale sopra il cut off tra coloro che hanno il GSI oltre il 75° percentile

Scale e subscale	Percentuale di soggetti con subscale oltre il cut off
Somatizzazione	83,6
Ossessività	90,4
Sensitività interpersonale	86,3
Depressione	90,4
Ansia	86,3
Aggressività	71,2
Fobia	76,7
Paranoia	71,2
Psicoticismo	74,0

Tab. 6 - Numero di subscale oltre il cut off nello stesso soggetto

Numero di subscale oltre il cut off	Frequenza	Percentile
0	24	16,1
1	29	19,5
2	8	5,4
3	5	3,4
4	10	6,7
5	11	7,4
6	8	5,4
7	14	9,4
8	11	7,4
9	29	19,5
Totale	149	100,0

Possiamo affermare che con un valore di GSI > 1,2 la presenza di disturbi della personalità è altamente probabile. Sarebbe opportuno correlare questo dato con l'MMPI. Abbiamo successivamente calcolato il numero di subscale con un valore superiore al cut off per ciascun soggetto (tab. 6) e correlato il risultato ottenuto con il valore del GSI al cut off (tab. 7) e al 75° percentile (tab. 8).

Tab. 7 - Tavola di contingenza (funzionale/disfunzionale - numero di subscale oltre il cut off)

	Numero di subscale oltre il cut off										Totale	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Funzionale	24 (31,6%)	29 (38,2%)	8 (10,5%)	5 (6,6%)	6 (7,9%)	3 (3,9%)	1 (1,3%)					76
Disfunzionale					4 (5,5%)	8 (11,0%)	7 (9,6%)	14 (19,2%)	11 (15,1%)	29 (39,7%)		73
Totale	24 (16,1%)	29 (19,5%)	8 (5,4%)	5 (3,4%)	10 (6,7%)	11 (7,4%)	8 (5,4%)	14 (9,4%)	11 (7,4%)	29 (19,5%)		149

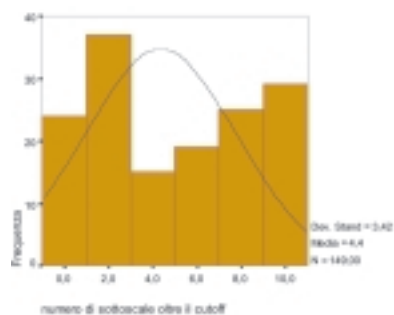
Tab. 8 - Tavola di contingenza "GSI al 75° percentile - numero di subscale oltre il cut off"

	Numero di subscale oltre il cut off										Totale	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
GSI nel 75° percentile	24 (21,4%)	29 (25,9%)	8 (7,1%)	5 (4,5%)	10 (8,9%)	11 (9,8%)	7 (6,3%)	11 (9,8%)	2 (1,8%)	5 (4,5%)		112
GSI oltre il 75° percentile							1 (2,7%)	3 (8,1%)	9 (24,3%)	24 (64,9%)		37
Totale	24 (16,1%)	29 (19,5%)	8 (5,4%)	5 (3,4%)	10 (6,7%)	11 (7,4%)	8 (5,4%)	14 (9,4%)	11 (7,4%)	29 (19,5%)		149

Tab. 9 - Tavola di contingenza "classe di età - numero di subscale oltre il cut off"

Classe di età	Numero di subscale oltre il cut off										Totale	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
17-27 anni	10 (22,2%)	8 (17,8%)	3 (6,7%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	3 (6,7%)	3 (6,7%)	7 (15,6%)	1 (2,2%)	8 (17,8%)		45
28-34 anni	9 (17,0%)	12 (22,6%)	4 (7,5%)	2 (3,8%)	6 (11,3%)	3 (5,7%)	3 (5,7%)	3 (5,7%)	5 (9,4%)	9 (17,0%)		53
35-51 anni	5 (9,8%)	9 (17,6%)	1 (2,0%)	2 (3,9%)	3 (5,9%)	8 (15,7%)	2 (3,9%)	4 (7,8%)	5 (9,8%)	12 (23,5%)		51
Totale	24 (16,1%)	29 (19,5%)	8 (5,4%)	5 (3,4%)	10 (6,7%)	11 (7,4%)	8 (5,4%)	14 (9,4%)	11 (7,4%)	29 (19,5%)		149

Graf. 4 - Numero di subscale oltre il cut off nello stesso soggetto



I risultati sono statisticamente significativi con un Chi-quadrato di Pearson = 0,000 e mostrano come all'aumentare del numero di subscale "problematiche" presenti nello stesso soggetto esse sono più rappresentate nei soggetti con GSI "disfunzionale".

Lo stesso risultato, con ulteriore maggiore evidenza, lo otteniamo quando consideriamo il valore del GSI al 75° percentile. Questi dati (tab. 8) rafforzano la considerazione che alti valori di GSI sono altamente indicativi per la presenza di disturbi della personalità.

Abbiamo verificato che c'è una relazione tra il numero di subscale positive (oltre il cut off) in un soggetto e la sua appartenenza ad una classe di età bassa (17-27 anni), media (18-34 anni), e alta (34-51 anni) rispetto alla nostra utenza.

Il dato appare significativo con una correlazione direttamente proporzionale tra l'età e il numero di subscale positive.

I valori mediани delle tre scale principali del temperamento sono evidenziati nella tab. 10 e nel grafico 5.

La scala "dipendenza dalla ricompensa" raggiunge il valore più alto. La quarta scala "persistenza" ha un valore mediano di 50.

I valori mediани delle tre scale principali del carattere sono evidenziati nella tab. 11 e nel grafico 6.

La scala "cooperatività" raggiunge il valore più alto.

Nella tab. 12 sono invece rappresentati i valori mediани di tutte le subscale, sia del temperamento che del carattere, del TCI.

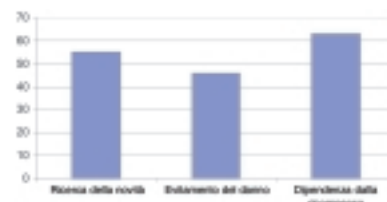
Abbiamo quindi cercato quale scala raggiunge il maggior punteggio all'interno delle tre del temperamento (ricerca della novità, evitamento del danno e dipendenza dalla ricompensa) (tab. 13 e graf. 7), delle tre del carattere (autodirettività, cooperatività, trascendenza) (tab. 14 e graf. 8) e delle rispettive subscale (tab. 15).

All'interno della popolazione in studio la ricerca della novità e la dipendenza dalla ricompensa sono i tratti temperamentali maggiormente rappresentati. Poniamo in evidenza il basso punteggio del tratto "evitamento del danno": solo il 16,4% della popolazione in studio lo presenta come il tratto temperamentale prevalente.

Tab. 10 - Temperamento: valori mediани

Temperamento	
Ricerca della novità	55
Evitamento del danno	46
Dipendenza dalla ricompensa	63

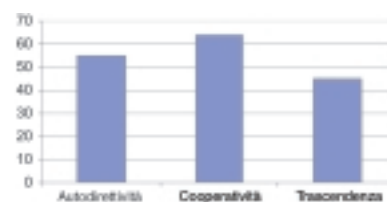
Graf. 5 - Temperamento: valori mediани



Tab. 11 - Caratteri: valori mediани

Carattere	
Autodirettività	55
Cooperatività	64
Trascendenza	45

Graf. 6 - Caratteri: valori mediани



La "cooperatività" si manifesta essere il tratto del carattere ed è il più rappresentato in oltre la metà dei soggetti.

L'analisi delle subscale (tab. 15) mostra una popolazione di soggetti stravagante, poco o punto riflessiva, con una tendenza all'anticipazione pessimistica e al sentimentalismo, mediamente perseverante nonostante la fatica e la frustrazione, che mostra una disponibilità alla compassione insieme ad un forte disinteresse sociale e al sentirsi parte di "un gruppo".

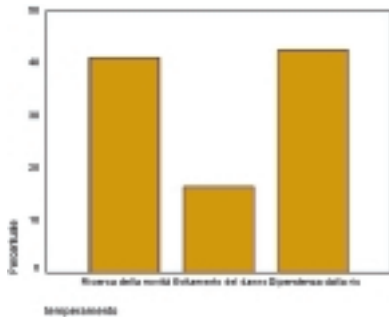
Tab. 12 - TCI subscale - valori medi

Eccitabilità esploratoria/rigidità	64
Impulsività/riflessività	40
Stravaganza/riservatezza	78
Sregolatezza/irregimentazione	50
Ansia anticipatoria/ottimismo	45
Paura dell'incertezza/sicurezza	43
Diffidenza/socievolezza	38
Affaticabilità/astenia/energia	44
Sentimentalismo/insensibilità	70
Attaccamento/distacco	63
Dipendenza/indipendenza	50
Responsabilità/colpevolizzazione	63
Intenzionalità/mancanza di scopo	50
Ricchezza di risorse/apatia	60
Autoaccettazione/autorifiuto	55
Congruente secondo natura	50
Accettazione sociale/intolleranza	88
Empatia/Disinteresse sociale	57
Disposto/Non disposto all'aiuto	63
Compassione/rivendicazione	80
Disinteressato/egoista	67
Oblio di sé/autoconsapevolezza	46
Identificazione/Differenziazione transpersonale	55
Spiritualità/Materialismo	33

Tab. 13 - Tratti temperamental

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
Ricerca della novità	25	41,0
Evitamento del danno	10	16,4
Dipendenza dalla ricompensa	26	42,6
Totale	61	100,0

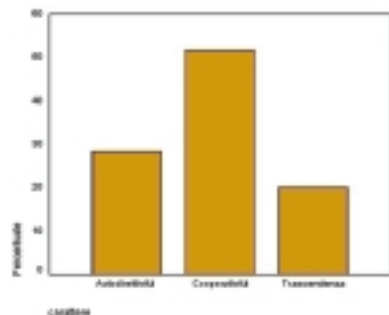
Graf. 7 - Tratti temperamental



Tab. 14 - Tratti caratterial

	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
Autodirettività	17	28,3
Cooperatività	31	51,7
Trascendenza	12	20,0
Totale	60	100,0

Graf. 8 - Tratti caratterial



Tab. 15 - Tratti prevalenti nelle subscale

<i>Ricerca della novità</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
Eccitabilità esploratoria/rigidità	15	24,2
Impulsività/riflessività	2	3,2
Stravaganza/riservatezza	38	61,3
Sregolatezza/irregimentazione	7	11,3
Evitamento del danno		
Ansia anticipatoria/ottimismo	22	36,1
Paura dell'incertezza/sicurezza	20	32,8
Diffidenza/socievolezza	11	18,0
Affaticabilità e astenia/energia	8	13,1
Dipendenza dalla ricompensa		
Sentimentalismo/insensibilità	31	50,8
Attaccamento/distacco	24	39,3
Dipendenza/indipendenza	6	9,8
Autodirettività		
Responsabilità/colpevolizzazione	14	25,5
Intenzionalità/mancanza di scopo	6	10,9
Ricchezza di risorse/apatia	22	40,0
Autoaccettazione/autorifiuto	10	18,2
Congruente secondo natura	3	5,5
Cooperatività		
Accettazione sociale/intolleranza		
Empatia/disinteresse sociale	5	9,4
Disposto/non disposto all'aiuto	6	11,3
Compassione/rivendicazione	14	26,4
Disinteressato/egoista	8	15,1
Trascendenza		
Oblio di sé/autoconsapevolezza	22	34,9
Identificazione/differenziazione transpersonale	31	49,2
Spiritualità/materialismo	10	15,9
Totale	63	100,0

Discussione

La somministrazione degli oltre 200 test è stata realizzata in un setting strutturato che ha valorizzato il rapporto empatico tra il soggetto e l'operatore. Questo approccio, unitamente ai contenuti dei test che impegnavano il soggetto in una ricerca introspettiva e che sono stati opportunamente valorizzati in tal senso, ha favorito nei pazienti la percezione di essere accolti, che l'operatore si stesse anche "prendendo cura" di loro.

Al fine di favorire ulteriormente il raggiungimento di questo obiettivo è stata fatta la scelta di usare il supporto cartaceo per la somministrazione dei test e non invece il supporto informatico nel timore che potesse risultare distraente se non addirittura confusivo in termini di rapporto con l'operatore.

La valutazione data dagli operatori del risultato raggiunto nella direzione sopra indicata è stata espressa in termini "molto positiva" e ci sentiamo pertanto di raccomandarla.

La SCL-90-R ha richiesto una media di 16 minuti per la "autosomministrazione accompagnata" e il TCI circa 40 minuti.

Appare a nostro giudizio un tempo ben speso per i risultati conseguiti e compatibili sicuramente con la organizzazione del nostro servizio.

Il tempo necessario per immettere i risultati dei due test su supporto informatico è risultato essere di pochi minuti con la successiva e immediata resa dei valori delle scale e delle subscale in forma analogica e grafica.

Sottolineiamo la rapidità di questa disponibilità di risultato in quanto, in diverse occasioni, è stato possibile usare le conoscenze acquisite con uno o entrambi i test fin da subito.

Gli operatori si sono addestrati, avendo conseguito alcuni di essi il master in Programmazione Neuro Linguistica, ad usare le informazioni fornite dai test per migliorare le capacità di fare "rapport", "ricalco" e soprattutto "guida".

La valutazione dei risultati conseguiti, espressa individualmente ed in cieco da ciascun operatore, è stata molto positiva attestandosi come media su una scala "0-10" al valore di 8.

Si è visto che, dopo i primi tentativi, l'esperienza acquisita permetteva di gestire sempre meglio lo strumento, in un percorso continuo di autoformazione.

Siamo convinti che i "test" da soli non "fanno diagnosi", siamo altresì convinti che sono un buon aiuto per il bravo clinico delle tossi-

codipendenze per orientarsi, per trovare conferma alle proprie intuizioni e alle proprie ipotesi, per potersi parlare tra colleghi e operatori anche con riferimento a indici di misura.

La SCL-90 si è rivelato un utile strumento di screening, facile da somministrare, di rapida lettura dei risultati, facile da usare nel completamente diagnostico e nella gestione del singolo caso.

Il TCI, strumento sicuramente più complesso, è in grado di fornire una serie strutturata e completa di informazioni sulla personalità del paziente.

Un risultato importante di questo lavoro è quello di definire e formalizzare per entrambi i test i valori di cut off delle singole scale e subscale riferiti alla popolazione di soggetti dipendenti da sostanze in terapia nei Servizi per le Tossicodipendenze in Italia.

Questi valori potranno essere ulteriormente indagati e precisati, ma per adesso rappresentano il primo dato disponibile in letteratura e quindi usabile come indicazione, guida, confronto.

Abbiamo documentato la utilità di quell'indice complessivo della SCL-90 che è il GSI, anche in rapporto ad altri parametri posti in evidenza da vari autori nella letteratura.

Valori di GSI sopra lo 0,84 sono in grado di suggerire che il paziente è in una condizione psichica "disfunzionale"; valori sopra il 75° percentile (che è 1,20), indicano che tale condizione è altamente probabile.

Nei Ser.T. i pazienti con una età maggiore mediamente sono quelli che hanno una storia di dipendenza che dura da più tempo, che hanno già svolto più di un programma di recupero sia con farmaci sostitutivi che in comunità terapeutica, che hanno alle spalle un gran numero di ricadute.

Per costoro il numero di subscale della SCL-90 positive (oltre il cut off) è maggiore che per i pazienti più giovani.

Sarebbe interessante a questo punto confrontare, all'interno della stessa classe di età e di tempo di durata della dipendenza, gli effetti delle terapie.

Il TCI ci appare uno strumento molto utile per avere indicazioni sulla personalità dei nostri utenti.

Nel complesso dei soggetti studiati prevalgono i tratti temperamentalmente della dipendenza dalla ricompensa unitamente alla ricerca della novità e quell'aspetto del carattere che Cloninger ha definito cooperatività.

La analisi delle subscale appare molto interessante e mostra una popolazione di soggetti stravagante, poco o punto riflessiva, con una tendenza all'anticipazione pessimistica e al sentimentalismo, mediamente perseverante nonostante la fatica e la frustrazione, che mostra una disponibilità alla compassione insieme ad un forte disinteresse sociale e al sentirsi parte di "un gruppo".

Per concludere, *riemergendo dall'analisi per arrivare a quella sintesi di cui sola custode è la clinica*, possiamo dire che sia la SCL-90 che il TCI e ancor di più entrambi, sono utili strumenti che è possibile implementare nella attività routinaria dei Ser.T. per migliorare la clinica delle dipendenze, unitamente ad una formazione specifica che porti ad un incremento della competenza psichiatrica degli operatori. 🐣

Bibliografia

1. *Trattato italiano di psichiatria*, Seconda edizione, Masson.
2. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, See, Firenze.
3. Schmitz N., Hartkamp N., Franke G.H., "Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R", *Psychol Rep.*, 2000, Feb; 86(1):263-74.
4. Zack M., Toneatto T., Streiner D.L., "The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers", *J Subst Abuse*, 1998; 10(1):85-101.
5. Haver B., "Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme", *Alcohol Alcohol.*, 1997, Nov-Dec; 32(6):725-30.
6. Holi M.M., Marttunen M., Aalberg V., "Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population", *Nord J Psychiatry*, 2003; 57(3):233-8.
7. Schmitz N., Kruse J., Tress W., "Improving screening for mental disorders in the primary care setting by combining the GHQ-12 and SCL-90-R subscales", *Comp Psychiatry*, 2001, Mar-Apr; 42(2):166-73.
8. Schmitz N., Hartkamp N., Kiuse J., Franke G.H., Reister G., Tress W., "The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study", *Qual Life Res.*, 2000, Mar; 9(2):185-93.
9. Schmitz N., Kruse J., Heckrath C., Alberti L., Tress W., "Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 1999, Jul; 34(7):360-6.
10. Starcevic V., Bogojevic G., Marinkovic J., "The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders", *J Personal Disord.*, 2000, Fall; 14(3):199-207.
11. Kennedy B.L., Morris R.L., Pedley L.L., Schwab J.J., "The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders", *Psychiatr Q.*, 2001, Fall; 72(3):277-88.

12. Lucht M., Jahn U., Barnow S., Freyberger H.J., "The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification", *Eur Addict Res.*, 2002, Nov; 8(4):190-4.
13. Schauenburg H., Strack M., "Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90 R", *Psychother Psychosom.*, 1999; 68(4):199-206.
14. Geiser F., Imbierowicz K., Schilling G., Conrad R., Liedtke R., "[Differences in 2 diagnostic groups of psychosomatic patients on the Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R). Consequences for using SCL-90-R in follow-up research]", *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 2000, Dec; 50(12):447-53.
15. Gutierrez F., Torrens M., Boget T., Martin-Santos R., Sangorrin J., Perez G., Salamero M., "Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population", *Acta Psychiatr Scand.*, 2001, Feb; 103(2):143-7.
16. Pelissolo A., Lepine J.P., "Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version", *Psychiatry Res.*, 2000, Apr 24;94(1):67-76.
17. Kluger M.T., Laidlaw T.M., Kruger N., Harrison M.J., "Personality traits of anaesthetists and physicians: an evaluation using the Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI-125)", *Anaesthesia*, 1999, Oct; 54(10):926-35.
18. Covi L., Hess J.M., Schroeder J.R., Preston K.L., "A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers", *J Subst Abuse Treat.*, 2002, Oct; 23(3):191-7.
19. Bleich A., Gelkopf M., Schmidt V., Hayward R., Bodner G., Adelson M., "Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic", *Addiction*, 1999, Oct; 94(10):1533-40.
20. Krausz M., Verthein U., Degkwitz P., "Psychiatric comorbidity in opiate addicts", *Eur Addict Res.*, 1999, Jun; 5(2):55-62.
21. Zack M., Toneatto T., Streiner D.L., "The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers", *J Subst Abuse Treat.*, 1998; 10(1):85-101.
22. Rutherford M.J., Metzger D.S., Alterman A.I., "Parental relationships and substance use among methadone patients. The impact on levels of psychological symptomatology", *J Subst Abuse Treat.*, 1994, Sep-Oct; 11(5):415-23.
23. Spooner C., Mattick R.P., Noffs W., "A study of the patterns and correlates of substance use among adolescents applying for drug treatment", *Aust N Z J Public Health*, 2000, Oct; 24(5):492-502.
24. Schaar I., Ojehagen A., "Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 2001, Feb; 36(2):70-8.
25. Franken I.H., Hendriks V.M., "Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients", *Am J Addict.*, 2001, Winter; 10(1):30-9.
26. Cloninger C.R., "A systematic method for clinical description and classification of personality variants", *Arch Gen Psychiatry*, 44:573, 1987.
27. Cloninger C.R., Prybeck TR et al., *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use*, Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis, MO, 1994.
28. Svrakic D.M., Draganic S., Hill K., Bayon C., Przybeck T.R., Cloninger C.R., "Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues", *Acta Psychiatr Scand.*, 2002, Sep; 106(3):189-95.
29. Mizushima H., Ono Y., Asai M., "TCI temperamental scores in bulimia nervosa patients and normal women with and without diet experiences", *Acta Psychiatr Scand.*, 1998, Sep; 98(3):228-30.
30. Cloninger C.R., "A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal", *J Personal Disord.*, 2000, Summer; 14(2):99-108.
31. de la Rie S.M., Duijsens I.J., Cloninger C.R., "Temperament, character, and personality disorders", *J Personal Disord.*, 1998, Winter; 12(4):362-72.
32. Martensdottir I., Tillfors M., Furmark T., Anderberg U.M., Ekselius L., "Personality dimensions measured by the Temperament and Character (TCI) in subjects with social phobia", *Nord J Psychiatry*, 2003; 57(1):29-35.
33. Gutierrez F., Sangorrin J., Martin-Santos R., Torres X., Torrens M., "Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI)", *J Personal Disord.*, 2002, Aug; 16(4):344-59.
34. Basiaux P., le Bon O., Dramaix M., Massat I., Souery D., Mendlewicz J., Pelc I., Verbanck P., "Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study", *Alcohol Alcohol.*, 2001, Nov-Dec; 36(6):584-7.
35. Gruzca R.A., Przybeck T.R., Spitznagel E.L., Cloninger C.R., "Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis", *J Affect Disord.*, 2003, Apr; 74(2):123-30.
36. Naito M., Kijima N., Kitamura T., "Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students", *J Clin Psychol.*, 2000, Dec; 56(12):1579-85.
37. Hansenne M., Reggers J., Pinto E., Kijiri K., Ajamier A., Anseau M., "Temperament and character inventory (TCI) and depression", *J Psychiatr Res.*, 1999, Jan-Feb; 33(1):31-6.
38. Johnson B.A., Cloninger C.R., Roache J.D., Bordnick P.S., Ruiz P., "Age of onset as a discriminator between alcoholic subtypes in a treatment-seeking outpatient population", *Am J Addict.*, 2000, Winter; 9(1):17-27.
39. Johnson B.A., Roache J.D., Javors M.A., DiClemente C.C., Cloninger C.R., Prihoda T.J., Bordnick P.S., Ait-Daoud N., Hensler J., "Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial", *JAMA*, 2000, Aug 23-30; 284(8):963-71. Comment in: *JAMA*, 2000, Aug 23-30; 284(8):1016-7.
40. Conway K.P., Kane R.J., Ball S.A., Poling J.C., Rounsaville B.J., "Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients", *Drug Alcohol Depend.*, 2003, Jul 20;71(1):65-75.
41. Zilberman M.L., Tavares H., El-Gueably N., "Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders", *BMC Psychiatry*, 2003, Jan 13;3(1):1.
42. Dughiero G., Schifano F., Forza G., "Personality dimensions and psychopathological profiles of Ecstasy users", *Hum Psychopharmacol.*, 2001, Dec;16(8):635-639.
43. Schmitz N., Hartkamp N., Brinschwitz C., Michalek S., Tress W., "Comparison of the standard and the computerized versions of the Symptom Check List (SCL-90-R): a randomized trial", *Acta Psychiatr Scand.*, 2000, Aug;102(2):147-52.
44. D'Edidio P., "Proteus. Un software per la gestione delle attività dei Ser.T.", *Mission* 4, 2002; 39-43.



Fondazione IARD
**Minori e sostanze psicotrope:
 analisi e prospettive
 dei ricorsi riabilitativi**

La *Total Quality* negli interventi sulle tossicodipendenze in ambito penale minorile a cura di Renato Pocaterra, Alberto Savoldelli, Norman Rivera

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso/
 Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
 pp. 208, € 18,00, cod. 231.1.12 (V)

Il volume scaturisce dalla ricerca "La *Total Quality* negli interventi sulle tossicodipendenze in ambito penale minorile", commissionata dal Ministero della Giustizia alla Fondazione IARD. Tale indagine ha fotografato ed analizzato l'utenza penale minorile con problematiche collegate all'uso di sostanze psicotrope, rilevando i modelli operativi utilizzati negli interventi a favore dei minori delle diverse etnie presenti sul territorio nazionale.

Lo studio prende in esame i casi di tossicodipendenza conclamata e quelli in cui è stata osservata la presenza di elementi problematici legati all'uso di sostanze psicotrope nel triennio 1998-2000. I mino-

ri che costituiscono il campione selezionato hanno come caratteristica comune l'applicazione del provvedimento d'inserimento in comunità e/o struttura d'accoglienza pubblica o privata.

I tre macro-obiettivi perseguiti sono: la realizzazione di un progetto dell'utenza minorile sotto la tutela dei Servizi, l'indagine dei processi decisionali di allocazione dei minori nelle strutture del territorio e delle pratiche operative implementate all'interno della comunità e, infine, l'individuazione di strumenti di analisi e di indicatori, utilizzabili per una valutazione dei processi e dei risultati raggiunti.

L'elaborazione e l'applicazione condivisa e contestualizzata di queste finalità contribuiranno allo sviluppo di nuove competenze tra gli operatori, attraverso innovative ipotesi di intervento relative al potenziamento del sistema di comunicazione interno, in senso verticale ed orizzontale, ed al miglioramento dell'approccio con le altre variabili del territorio.



La Fondazione IARD è specializzata nel campo della ricerca pedagogico-didattica, psico-sociale, delle organizzazioni non profit e della formazione istituzionale e professionale. La Fondazione IARD raccoglie in sé oltre quarant'anni di attività caratterizzata da una continua evoluzione scientifica che l'ha portata ad eccellere a livello nazionale ed internazionale e ad essere accreditata presso Ministeri italiani ed esteri e presso organizzazioni nazionali e sovranazionali.



**Adelmo Fiocchi,
 Fabio Madeddu,
 Cesare Maffei (a cura di)**
**La valutazione nel trattamento
 delle dipendenze**

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso,
 diretta da Alfio Lucchini
 pp. 240, € 20,00, cod. 231.2 (V)

Il volume affronta la questione della valutazione dell'intervento per servizi di diagnosi, cura e riabilitazione di persone con problemi legati ai consumi e all'abuso di sostanze psicoattive. Risponde all'esigenza sempre più pressante nel panorama nazionale ed internazionale di metodologie e strumenti che supportino il lavoro di monitoraggio e verifica degli interventi, offrendo spunti di riflessione utili per chi deve rispondere a richieste istituzionali di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in un'ottica di offerta di servizi di qualità.

Questo testo è quindi indirizzato agli operatori impegnati nell'intervento sulle dipendenze patologiche (operatori dei Ser.T. e di altri servizi territoriali, semi residenziali e residenziali) e, data la rilevanza del tema della valutazione all'interno del settore dell'intervento socio-sanitario e socio-assistenziale, agli operatori di settori affini, interessati ad approfondire il tema e confrontarsi con esperienze diverse.



Adelmo Fiocchi, psicologo, psicoterapeuta, responsabile area dipendenze della Cooperativa Sociale La Strada, presidente del Coordinamento Privato Sociale delle Dipendenze in Provincia di Lecco.

Fabio Madeddu, psichiatra, psicoterapeuta, professore associato di Psicologia clinica Università degli Studi di Milano Bicocca, Facoltà di Psicologia.

Cesare Maffei, professore ordinario di Psicologia clinica = Università Vita-Salute San Raffaele, e Primario del Servizio di Psicologia clinica e Psicoterapia, Ospedale San Raffaele di Milano.

NOTIZIE IN BREVE

La redazione di Mission informa che nei prossimi numeri del periodico saranno pubblicati lavori di presentazione di Servizi italiani per le dipendenze.

Chi fosse interessato è pregato di inviare via mail a mission-direzione@tiscali.it o per posta a "Redazione MISSION", via Martiri della Libertà n. 21, 20066, Melzo (Milano) un contributo con la descrizione della realtà e delle attività del Ser.T. e/o Servizio Alcológico in cui opera, mettendo in rilievo gli aspetti di eccellenza.

L'invito può apparire strano, in un momento in cui ciò che più è visibile sono le difficoltà dei servizi ad operare, a fronte di non scelte nazionali e regionali nel settore e a un calo suicida di interesse nella società per il tema dell'abuso e dipendenza da sostanze.

La nostra redazione, in un incontro con la Presidenza di FeDerSerD, ha invece riaffermato con condivisione la necessità, per noi operatori, di presentare, qualificare e valorizzare ciò che riusciamo a ben fare pur nelle difficoltà.

GIOVANNI TRAPATTONI alla presentazione il primo agosto a Roccatederighi (Grosseto) del progetto di prevenzione del disagio giovanile.

Eroi in campo



Il progetto è gestito da FeDerSerD e gode del patrocinio dell'Azienda USL n. 9 di Grosseto, dell'Amministrazione Provinciale di Grosseto,

dell'Amministrazione Comunale di Roccatrada, dell'Associazione Italiana Allenatori di Calcio (AIAC), della Federazione Italiana Gioco Calcio FIGC) - Settore Giovanile e Scolastico, della Lega Nazionale Dilettanti (LND) - Sezione di Grosseto.

Alla Conferenza di presentazione il Presidente di FeDerSerD, dr. Alessandro Coacci, ha evidenziato l'impegno costante e continuo di FeDerSerD nel campo della prevenzione e della formazione, e la dr.ssa Luciana Bacci, del direttivo nazionale di FeDerSerD, ha presentato il progetto.

Da segnalare la presenza del C.T. della Nazionale Italiana, Giovanni Trapattoni, che ha saputo dare grande risalto all'idea innovativa che anima il progetto: valorizzare l'entusiasmo e la passione giovanile per lo sport per finalità educative e di prevenzione dei comportamenti legati al disagio.

Il suo apprezzamento e la sua adesione hanno un valore inestimabile per l'iniziativa. Giovanni Trapattoni si è rivolto ai molti ragazzi presenti, testimonials dell'iniziativa, che hanno effettuato un piccolo torneo indossando le magliette con il logo che contraddistingue il progetto, ricordando come l'impegno costante e continuo verso ciò che appassiona, rappresenti un valido percorso di crescita e di maturazione.

È intervenuto anche Romano Galgani vice presidente sia nazionale che europeo dell'Associazione degli Allenatori di Calcio che ha ricordato quanto gli allenatori rappresentino efficaci figure di riferimento formativo per i ragazzi.

Pienamente consapevoli della loro valenza educativa, per settembre abbiamo in programma una giornata formativa per tutti gli allenatori di calcio della provincia di Grosseto, finalizzata ad aumentare la consapevolezza sul significato che il loro ruolo riveste da un punto di vista educativo e sociale.

La conferenza è stata arricchita anche dall'intervento di Massimo Giacomini, vice presidente federale del Settore giovanile della FIGC, che ha un passato di grande allenatore nelle più prestigiose squadre di serie A.

Riportiamo una sintesi dell'intervento della dr.ssa Luciana Bacci, di presentazione del progetto:

"Il calcio è vissuto con grande partecipazione da molti ragazzi che palpitano per i destini della squadra del cuore e fanno parte, al tempo stesso, di squadre di calcio



giovanile più o meno importanti: ci rendiamo conto della sua straordinaria importanza perché rappresenta uno dei maggiori luoghi di aggregazione per la nostra collettività, perciò abbiamo pensato ad un progetto di prevenzione che si rivolga ai giovani calciatori e agli adulti con i quali essi sono in contatto, per parlare con loro, nei campi di calcio, del valore dello sport come strumento di educazione, di integrazione sociale.

Parallelamente stiamo cercando di realizzare una serie di iniziative che possano avvicinare sempre più giovani allo sport, perché lo sport è vita e aiuta a stare bene insieme. Il nostro sogno è far comprendere proprio queste cose: per provare emozioni forti è sufficiente sentirsi protagonisti nell'attività sportiva.

Abbiamo maturato la consapevolezza che è necessario avvicinarsi ai ragazzi con proposte positive, non è sufficiente dire loro quello che non devono fare, ma piuttosto creare con loro spazi e occasioni di espressione creativa della loro vitalità.

Durante gli anni dell'adolescenza è importante per i ragazzi vivere pienamente la "fase eroica", in modo che attraverso esperienze che li coinvolgono emotivamente e li fanno sentire protagonisti, possano rafforzare la loro identità e la loro sicurezza.

Sappiamo anche che, se non si offrono ai ragazzi occasioni e opportunità, pur di vivere il bisogno di sentirsi protagonisti e di mettersi alla prova, sono disposti a giocare questo ruolo di "eroi", anche in situazioni problematiche, senza tener conto dei rischi e

dei pericoli che possono correre.

Lo sport rappresenta un'occasione per conoscere e mettere alla prova se stessi, confrontandosi lealmente con le capacità, le personalità e le risorse degli altri.

È uno strumento di crescita dell'individuo, in un contesto di socializzazione, di condivisione di regole e di comportamenti.

L'attività sportiva, praticata correttamente, con lealtà e impegno, si rivela uno strumento efficace per costruire nei giovani una personalità matura, capace di autogestirsi e di indirizzare positivamente le proprie energie verso specifiche finalità opportunamente scelte e perseguite, in un contesto di confronto e incontro con gli altri.

Aumentando il senso di responsabilità del singolo, specialmente negli sport di squadra, e sviluppando le attitudini a partecipare in maniera costruttiva all'attività sociale del gruppo, lo sport rappresenta una delle strategie più efficaci per la prevenzione dei comportamenti legati al disagio.

Introdurre lo sport nella prevenzione del disagio giovanile può rappresentare, se applicato sistematicamente e opportunamente, una vera svolta nella promozione di uno stile di vita sano, in quanto ha il potere di rendere appetibili ai ragazzi quegli stili di vita corretti che favoriscono la tutela della salute.

Voglio concludere con un caloroso ringraziamento a tutti i ragazzi per la loro grande capacità di appassionarsi ed entusiasinarsi, perché grazie alla loro vitalità sanno essere veri "eroi in campo".

Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care

febbraio 2003

Royal College of General Practitioners

La "Guida per l'uso della buprenorfina per il trattamento della dipendenza da oppioidi in un setting di cura primario" è edita a cura del *Royal College of General Practitioners* del Regno Unito, ed è a cura del *Drug & Alcohol Misuse Training Program*, del *Sex, Drugs and HIV Task Group* e del Gruppo dei medici di medicina generale che si occupa del trattamento dell'uso di sostanze.

La sua versione definitiva è stata completata nel febbraio 2003 ed è prevista la sua revisione per il febbraio del prossimo anno. Lo scopo della "Guida" è quello di fornire un aiuto ai medici di medicina generale che intendono utilizzare la buprenorfina per il trattamento della dipendenza da oppiati e la sua funzione si aggiunge, completandola ed approfondendola, a quella di altre linee-guida, pubblicate nel 1999, sulla gestione clinica dell'abuso e delle dipendenze da sostanze (*Drug Misuse and Dependence: Guidelines on Clinical Management*), anch'esse indirizzate ai medici di medicina generale.

I principi generali a cui si ispira la "Guida" sono quelli promulgati dai gruppi di interesse da cui è stata prodotta e cioè: la sicurezza del paziente e della comunità innanzi tutto, l'enfasi sulle procedure di valutazione e diagnosi e sul modello razionale della condivisione della cura con altri soggetti (multi-disciplinarietà e intervento di agenzie diverse), il coinvolgimento del paziente nel processo e la sua istruzione sulle caratteristiche del trattamento, ma anche la capacità del clinico di farsi da parte quando le necessità della cura travalicano le sue competenze e, infine, la formazione quale base della pratica clinica.

Pertanto, in sintesi, possiamo vedere rappresentati molti dei principi che ispirano la medicina dei Paesi anglosassoni e nord-europei, che però si stanno diffondendo rapidamente e necessariamente presso i colleghi e le società scientifiche nostrane.

Le *Guidelines* del 1999 definivano tre livelli di *expertise* medico nella cura delle dipendenze: generale, generale specializzata e specialistica; ebbene, la "Guida per l'uso della buprenorfina" si rivolge in particolare a chi si occupa dei primi due livelli, cioè, come abbiamo detto, ai cosiddetti *General Practitioners*, che, come si sa, hanno in carico la cura farmacologica della maggior parte dei tossicodipendenti britannici, assicurano cioè i livelli definiti come "generale" e "generale specializzata" (quest'ultima, tramite i GPSI, cioè i medici di medicina generale con particolari interessi clinici).

I contenuti scientifici della "Guida" vanno dal razionale d'uso, alle indicazioni/controindicazioni, alle caratteristiche clinico-farmacologiche della molecola; e si tratta in realtà di contenuti ben noti ai medici dei Servizi italiani per la cura delle Dipendenze. Particolare attenzione viene riservata alle precauzioni d'uso (gli autori evidenziano ad esempio le situazioni in cui siano presenti altri trattamenti di carattere sedativo, in cui i soggetti siano già in trattamento con metadone a dosaggi superiori ai 30 mg, oppure siano sofferenti di patologie mediche concomitanti, di sindromi dolorose croniche o di gravi psicopatologie), alla scelta tra metadone e buprenorfina, tra mantenimento o disintossicazione e alla fase di induzione del trattamento, considerando le diverse opzioni previste, cioè l'induzione da eroina o da metadone.

Nel caso di quest'ultima opzione, la "Guida" propone di differenziare tra un'induzione da metadone conducibile nell'ambulatorio del medico di medicina generale (dosaggi di metadone al di sotto dei 30 mg/die), un'induzione che è preferibile affrontare in Servizi specialistici o in strutture intermedie, se il medico non è dotato di sufficiente esperienza (dosaggi di metadone compresi tra i 30 ed i 60 mg/die) e, infine, un'induzione che è sempre meglio delegare ai Servizi specialistici per la cura delle dipen-

denze (dosaggi di metadone superiori ai 60 mg/die).

La differenziazione, come sappiamo, è, almeno per ora, inutile se calata nel sistema di intervento italiano, essendo le varie opzioni tutte a carico dei medici del Servizi, che gestiscono i vari protocolli di induzione.

La "Guida" affronta poi alcune caratteristiche e componenti del trattamento, quali la frequenza della somministrazione, la prescrizione, le dosi "saltate", i test tossicologici, le interazioni farmacologiche, la presenza di epatopatie, l'*overdose* ed anche (aspetto attualmente abbastanza controverso in Italia) l'affido domiciliare del farmaco.

A questo riguardo, gli autori ricordano i benefici e gli svantaggi dell'affido domiciliare (questi ultimi sono, come ben noto: la possibile incompleta *compliance*, il possibile uso per via endovenosa e l'immissione sul mercato illegale), ma, soprattutto, sottolineano che, alla fin fine, quella di dare o meno avvio ad una modalità di affido domiciliare e di auto-somministrazione supervisionata (*supervised self-administration*) è una decisione eminentemente clinica.

Infine, vengono fornite utili indicazioni pratiche per la graduale riduzione della dose in caso di disintossicazione, trasferimento a naltrexone o a mantenimento metadonico.

Non viene nemmeno trascurata l'importanza dell'educazione del paziente all'uso del farmaco ed alcune notizie sul suo uso improprio (per via iniettiva).

A questo proposito la "Guida" riporta l'aneddoto che riguarda l'utilizzo delle vecchie compresse a basso dosaggio in un gruppo di tossicodipendenti di Glasgow e, soprattutto, la più recente esperienza francese, ove pare che vi sia un uso endovenoso della buprenorfina prescritta nel 10-15% dei casi ed un uso irregolare nel 20-30%.

Dati simili vengono riportati dagli Stati Uniti e dall'Australia.

Gli autori consigliano alcune misure di controllo, quali l'osservazione del paziente per almeno 5 minuti dopo la somministrazione e la ricerca di segni di iniezione recente; alcuni colleghi (*Shared Care Monitoring Groups*) consigliano ai farmacisti di frantumare le compresse prima di somministrarle al soggetto per via sublinguale, metodica da considerare però *off licence*.

Un aspetto di sicuro interesse della "Guida" è l'attenzione che viene data all'educazione del paziente, al suo livello di coinvolgimento nelle fasi della cura ed al suo grado di conoscenza e informazione sulle caratteristiche del farmaco.

A tale proposito, la "Guida" propone un'utile *brochure* da fotocopiare e consegnare all'utente, dal titolo: "La buprenorfina nel setting di cura primario: informazioni per il paziente", in cui vengono fornite tutte le informazioni utili al soggetto in terapia con buprenorfina, spiegate con linguaggio semplice e colloquiale (a volte addirittura gergale). La forma è quella della domanda/risposta ("Cos'è la buprenorfina?" "Come devo prenderla", ecc.), con un'enfasi posta alla sicurezza del paziente e delle persone con cui vive o è in contatto, all'uso nelle donne ed alle situazioni particolari o estreme, come la guida, l'uso di altre droghe o l'uso iniettivo. Si tratta senz'altro di un utile complemento al consenso informato, un'attenzione in più alla cura ed al benessere dei nostri pazienti. ✍

(a cura di Giovanni Strepparola)

Il testo della *Guidance* è consultabile sul sito di FeDerSerD all'indirizzo www.federserd.it

La nuova normativa regionale lombarda in tema di dipendenze

La Regione Lombardia, con delibera di GR 12621 del 7 aprile 2003 integrata e assentita dalla competente Commissione del Consiglio Regionale, ha recepito definitivamente (vi era un atto regionale del 2000 relativo alle prime norme solo per il Dipartimento delle Dipendenze) le due intese Stato Regione del 1999.

Un atto rilevante, frutto, dal punto di vista tecnico, anche del lavoro biennale di una Commissione nella quale FeDerSerD era ufficialmente rappresentata.

Riportiamo una parte del Capitolo 2 della delibera, che illustra lo scenario che si vuole costruire.

Sul sito www.federserd.it è possibile consultare l'intero provvedimento; la parte riportata permette di evidenziare il tanto discusso rapporto tra Dipartimento delle Dipendenze e Struttura complessa - Ser.T., uno dei punti cruciali del provvedimento lombardo.

Sul sito di FeDerSerD è possibile anche consultare altri documenti redatti in itinere dagli operatori del pubblico e del privato in questi anni in Lombardia, comprese mozioni e documenti di FeDerSerD Lombardia.

È giusto precisare che FeDerSerD non ha condiviso parti sostanziali dell'atto regionale, ma in questa analisi conoscitiva si è preferito per ora non riprendere le specifiche considerazioni.

Per la rilevanza di un "nuovo sistema e di una nuova filosofia del sistema" che la Lombardia, Regione più importante in Italia per popolazione e incidenza del fenomeno in oggetto, assume, crediamo sia opportuno sviluppare dal prossimo numero un dibattito di vasto respiro.

Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL

Premessa

Le azioni e gli interventi condotti in questi ultimi anni sul nostro territorio regionale, nell'area delle dipendenze sia da sostanze illecite che lecite, indicano come indifferibile la definizione di un processo idoneo a contrastare un fenomeno sempre più complesso, che riguarda un uso contemporaneo di più sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle amfetamine, all'eroina e alla cocaina.

Contestualmente sollecitano una continua azione di tutela nei confronti delle persone ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, per garantire una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche nonché ad una adeguata assistenza sia di carattere sanitario che assistenziale alle persone che presentano problematiche di abuso.

La complessità e la vastità del campo di azione, la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di

analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci, l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari in relazione alle specifiche caratteristiche territoriali, la necessità di strutturare interventi precoci, in grado cioè di anticipare una domanda, di armonizzare interventi clinici, con processi educativi e sociali a diversi livelli, riconoscono nella definizione di una rete di intervento la costruzione di azioni sia di carattere preventivo che terapeutico e riabilitativo.

È con il modello organizzativo dipartimentale, dunque, che si è inteso porre le basi per un processo, dove, diversi soggetti pubblici e privati accreditati, non solo rendano possibile affrontare con rigore metodologico e scientifico derivato da saperi scientificamente consolidati, tutti gli aspetti connessi all'uso e abuso di sostanze ma, con una effettiva pari titolarità realizzino un programma di interventi coerenti e coordinati con le linee generali della programmazione regionale stessa, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione del partenariato locale, quale fattore determinante per garantire il concreto perseguimento e soddisfacimento dei bisogni di salute pubblica più in generale.

Sostenere un sistema di servizi, dunque, orientato al raggiungimento di risultati specifici, partendo dall'assunto che i problemi della dipendenza devono essere affrontati in una prospettiva non generica, ma in modo specifico ed articolato, congruamente alla complessità del fenomeno.

È ritenuto indispensabile inserire la logica delle prestazioni all'interno di una progettualità sociale più complessa in funzione di una "continuità assistenziale", in una prospettiva di dinamica interattiva tra risorse e bisogni quale risultato principale della valorizzazione del principio di adeguatezza dei programmi e delle politiche di intervento.

La programmazione degli interventi

Organizzazione aziendale

È istituito, a livello di ogni ASL, il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze.

Esso si configura alle dirette dipendenze del Dipartimento ASSI, così come individuato dal Piano Organizzativo Aziendale, la cui responsabilità è, di norma, affidata ad un Dirigente Medico di II livello/struttura complessa, Dirigente Responsabile del Servizio Dipendenze, o dove non previsto, ad un Dirigente Medico II livello/struttura complessa individuato tra i responsabili delle unità afferenti al Dipartimento, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabilite nel Piano Organizzativo Aziendale stesso. I predetti incarichi vengono affidati secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (ex D.lgs. 30/12/1992 n. 502 art. 15 ter) tenuto conto dei seguenti criteri: almeno dieci anni di esperienza nel settore, specifico curriculum che comprenda anche comprovata attività nell'ambito della programmazione e del coordinamento di unità diverse.

Nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali di direttore del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze potrà essere data piena attuazione al principio di separazione fra i poteri di indirizzo e controllo e i poteri di gestione, ai sensi dell'articolo 4 del D.lgs. 30/03/2001 n. 165, in questa fattispecie, l'incarico di direttore del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze non potrà essere attribuito al dipendente titolare di struttura complessa all'interno del Dipartimento medesimo.

Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze si articola nei Servizi Territoriali Dipendenze (Ser.T.) al fine di garantire il massimo livello di contrasto di tutte le dipendenze e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali e illegali, anche attraverso la valorizzazione delle esperienze organizzative e sperimentali realizzate a livello locale.

Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze potrà inoltre essere articolato in unità operative e funzionali tenuto conto delle seguenti aree: trattamento (tossicodipendenze, alcologia, altre dipendenze), prevenzione e riduzione della domanda, osservatorio territoriale, grave marginalità (carcere).

La programmazione degli interventi, la loro realizzazione e la funzione di monitoraggio e verifica sono assicurate con la partecipazione attiva di tutti i dirigenti preposti, degli operatori assegnati e del previsto Comitato di Dipartimento, che può articolarsi in commissioni, tra le quali il già previsto Coordinamento territoriale istituitosi ai sensi della legge 45/99 art. 1, fermo restando quanto previsto dalla stessa normativa in riferimento alla sua composizione.

È il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze che nell'esercizio delle funzioni allo stesso assegnate, deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti tra le varie componenti del previsto comitato di dipartimento anche mediante apposito regolamento.

Organizzazione regionale

Per quanto fin qui espresso, il modulo organizzativo dipartimentale, è da ritenersi indispensabile per costruire una centralità ed una unitarietà di intervento, pur in presenza di soggetti diversi, per una lettura univoca, fondata, ed organica dei bisogni e una definizione ed una progettazione integrata e sistemica delle strategie di intervento al fine di razionalizzare ed integrare in un insieme significativo e coerente la qualità e la destinazione di tutti gli interventi in materia di dipendenze.

Per tale ragione viene istituito a livello regionale il Comitato Interdipartimentale Regionale, finalizzato alla realizzazione di una strategia di intervento condivisa ed uniforme nei diversi ambiti territoriali.

Esso è composto dai Responsabili dei Dipartimenti tecnico funzionali delle Dipendenze e dai rappresentanti del pubblico e del privato secondo la formula della delega a durata limitata, eventualmente rinnovabile.

I costi relativi alla partecipazione agli organismi di rappresentanza previsti sia a livello locale che regionale, dovranno essere condivisi per quanto riguarda i rispettivi rappresentanti, dalle diverse organizzazioni pubbliche e private di appartenenza.

Funzioni

Al Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze competono funzioni di programmazione ed indirizzo tecnico-scientifico e tecnico-professionale, di definizione di protocolli diagnostico-

terapeutici e di linee guida, di definizione di sistemi di valutazione e di monitoraggio delle attività erogate, così articolate:

- rilevazione del fabbisogno assistenziale e raccolta degli elementi informativi necessari per la conoscenza epidemiologica del problema anche attraverso appositi osservatori istituiti a livello provinciale;
- programmazione degli interventi per tutta l'area delle dipendenze;
- messa in atto di tutti gli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi;
- coordinamento e integrazione delle attività intra aziendale con quelle extra aziendale;
- esercizio di funzioni di controllo a garanzia di una strategia complessiva di intervento;
- esercizio delle attività di verifica attraverso la definizione delle procedure e l'individuazione ed il controllo dei relativi indicatori di qualità, relativamente alle attività e agli interventi svolti dai servizi nonché a livello progettuale;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi negoziati a livello di programmazione territoriale;
- formazione e aggiornamento del personale in servizio;
- collaborazione e coordinamento con altre amministrazioni.

Nell'esercizio delle sue funzioni al dipartimento tecnico funzionale delle dipendenze è affidato, per il territorio di competenza il concorso alla programmazione socio sanitaria per le materia di stretta attinenza.

Al fine di garantire il massimo livello di contrasto delle dipendenze e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali ed illegali ed evitare dispersioni o sovrapposizioni è compito del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze la definizione di obiettivi condivisi a valenza triennale, tenuto conto degli indirizzi programmatici regionali, aziendali e locali e delle risorse disponibili, rivolti a:

- prevenire i comportamenti di abuso, dipendenza e uso dannoso delle sostanze illecite e lecite;
- rafforzare la rete dei servizi per un aumento dei livelli di integrazione tra le diverse strutture pubbliche coinvolte e le realtà del no profit e del volontariato impegnate nei settori di specifica competenza;
- offrire a tutte le persone con comportamenti di dipendenza tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide ai fini di tutelare la salute globalmente intesa e contenere i fenomeni di esclusione sociale, attraverso risposte flessibili e modulari di intervento;
- favorire una piena integrazione delle persone con problematica di dipendenza (tossicodipendenti e alcolodipendenti), tenuto conto in particolare dell'esistenza di bisogni complessi e di situazioni multiproblematiche;
- migliorare la qualità delle conoscenze.

Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze definisce la strategia complessiva dell'intervento, garantendo nel contempo la pari dignità dei compiti delle diverse unità operative e dei soggetti che vi operano.

Al Dipartimento tecnico funzionale delle dipendenze stesso è data possibilità, sulla base di indicazioni regionali e nell'ambito di sperimentazioni nelle stesse avviate, di stabilire protocolli di collaborazione tra strutture extra aziendali ed altre amministrazioni.

La formulazione di proposte in ordine a piani di formazione congiunta nonché di aggiornamento e in ordine al piano delle ricerche, potranno avere carattere sia annuale che pluriennale, e realizzarsi anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali, nonché a carattere universitario.

I servizi pubblici

Funzioni istituzionali

Il Servizio Territoriale Dipendenze (Ser.T.) è lo strumento operativo del sistema pubblico.

Obiettivi fondamentali della sua azione sono prevenire la diffusione dell'uso e abuso di sostanze legali e illegali e intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano questa problematica e delle loro famiglie.

Il Servizio Territoriale dipendenze (Ser.T.) è da intendersi, di norma, quale struttura complessa e si articola in unità operative e funzionali, su base distrettuale, interdistrettuale e provinciale, fatto salvo particolari situazioni geomorfologiche e/o socio ambientali rilevate.

Alcune prestazioni possono, pertanto, essere erogate sia a livello centralizzato che interdistrettuale, tenuto conto dei bisogni emergenti nel territorio in relazione alla varie tipologie di abuso e dipendenza e ai settori di propria competenza.

Una delle unità funzionali raccomandate è quella per gli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza alcolcorrelata, da attuarsi anche in collaborazione con i medici di medicina generale e i competenti presidi specialistici e ospedalieri.

Deve essere garantita almeno una unità funzionale alcolologica in ogni ASL.

Si definisce **struttura complessa** un servizio territoriale dipendenze (Ser.T.) rispondenti ai seguenti criteri:

- utenti/annui effettivamente in carico, di norma, superiori ai 1250;
- distribuzione normale/standard dei tempi complessivamente dedicati all'utenza dall'organico di un servizio, escluso il comparto dirigenziale, di norma compresa tra 21 minuti/sett. e 49 minuti/sett. per soggetto,
- direzione, organizzazione e gestione di progetti finalizzati diversi dall'attività ordinaria da attuarsi nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza.

Si indicano come utenti effettivamente in carico i soggetti con i quali sia in atto una presa in carico multidisciplinare continuativa, compatibilmente all'organizzazione, alle risorse disponibili, alla tipologia dell'utenza, alla metodologia di lavoro ed alle caratteristiche dei servizi offerti.

Sono da intendersi soggetti non più in carico, coloro che sono assenti dal servizio da almeno 30 giorni, tenuto conto delle registrazioni effettuate sulle apposite schede utente.

I servizi con utenza annua inferiore ai 1250, si definiscono unità semplice e concorrono alla definizione della struttura complessa medesima e tali da garantire almeno i livelli di prestazioni minimi nei confronti del bisogno.

Il dirigente del Servizio Territoriale dipendenze (Ser.T.) assicura il coordinamento delle attività svolte dalle unità operative e/o funzionali nell'ambito del programma complessivo di lavoro del Servizio, nel quadro delle strategie definite a livello ASL.

Il Servizio Territoriale dipendenze (Ser.T.) nell'ambito delle proprie competenze, provvede a:

- a) garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente e del contesto familiare;
- b) predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, competenze e reinserimento nella vita sociale, compreso il completamento della formazione e l'inserimento lavorativo;

- c) effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- d) svolgere attività di psicodiagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, sociale ed educativo e di psicoterapia, al soggetto e alla famiglia, anche in collaborazione con altri servizi della ASL;
- e) svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- f) svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- g) svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose ecc.);
- h) attivare specifici programmi in collaborazione con altri servizi rivolti a tutelare e sostenere i minori conviventi con i soggetti che presentano problemi di dipendenza da sostanze;
- i) attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;
- j) avviare specifiche forme di collaborazione con il Tribunale per i minorenni per gli interventi a favore dei minorenni che si dichiarano dipendenti, da attuarsi anche con il tramite di altri servizi della ASL e del privato accreditato;
- k) rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza;
- l) svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute;
- m) varie (certificazioni, visite per patenti, vaccinazioni ecc.).

Le Aziende Sanitarie Locali si avvalgono, altresì, del Servizio Territoriale Dipendenze (Ser.T.) per le seguenti attività:

- collaborazione con i Provveditorati agli studi per la realizzazione degli interventi di cui agli articoli 105 e 106 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;
- collaborazione con le autorità militari esistenti nel territorio per l'attuazione di quanto disposto agli articoli 109, 110, 111 dello stesso decreto;
- collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dalle sostanze da attuare nei confronti dei detenuti.

Ai fini del trattamento di cui all'articolo 75 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, su richiesta del Prefetto competente, il Servizio Territoriale delle Dipendenze (Ser.T.) predispone e cura l'attuazione del programma terapeutico dei soggetti loro inviati e fornisce, altresì, all'autorità giudiziaria le certificazioni di cui all'art. 91, comma 2 dello stesso decreto.

Il Servizio Territoriale Dipendenze (Ser.T.) assicura la propria collaborazione ai medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 120, comma 4 e dell'articolo 122, comma 3 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché ad altre strutture socio sanitarie presenti sul proprio territorio.

Le prestazioni di cui sopra si intendono effettuate nei vari contesti, quali:

- servizio reso a livello ambulatoriale;
- servizio reso al territorio (scuole, parrocchie, ecc.);
- servizio svolto sulla strada (unità mobili);
- servizio in carcere;
- servizio reso a domicilio;
- servizio reso in strutture accreditate;
- servizio reso in strutture del servizio sanitario nazionale e regionale;
- monitoraggio in corso di programma e follow up.

Esse vengono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio.

Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili.

Organizzazione delle funzioni

Il Servizio Territoriale Dipendenze si struttura in unità operative e/o in unità funzionali in base alle seguenti aree: trattamento (tossicodipendenze, alcolologia, altre dipendenze), prevenzione e riduzione della domanda, osservatorio territoriale, grave marginalità (carcere).

La dotazione organica di ciascuna unità operative e/o funzionali concorre a quella complessiva richiesta.

La dotazione organica deve comprendere le seguenti tipologie di personale: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, personale amministrativo, personale di supporto (OSS, ASA, ecc.).

Ove ritenute necessarie per particolari attività specifiche, sulla base delle esigenze del territorio o dei piani regionali, possono essere aggiunte altre figure professionali, garantendo comunque sempre un corretto mix di figure medico-psico-sociali, tenuto conto in particolare di una documentata esperienza nel settore specifico.

Alla Direzione del Servizio Territoriale Dipendenze è preposto un dirigente sanitario ai sensi dell'art.15 del D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

La distribuzione normale/standard dei tempi complessivamente dedicati all'utenza dall'organico di un servizio, escluso il comparto dirigenziale, è di norma compresa tra 21 minuti/sett. e 49 minuti/sett. per soggetto.

Il comparto dirigenziale dovrà essere rapportato al volume e alla tipologia dell'attività svolta. Tale standard è da raggiungersi dopo il primo anno di attività.

La dotazione organica di ogni singolo Servizio Territoriale Dipendenze deve essere rivalutata, con cadenza triennale, sulla base delle valutazioni programmatiche del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze e dei carichi di lavoro. In fase di prima applicazione si procederà ad un primo monitoraggio decorso un anno dall'attuazione del presente provvedimento.

Ogni Servizio Territoriale Dipendenze è aperto con orario continuato, almeno per 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, fatte salve le ore dedicate alle riunioni di equipe.

L'accesso al pubblico per non meno di sei ore, durante le quali è assicurata la presenza di tutte le figure professionali.

Per le ore eccedenti deve essere garantita la pronta disponibilità di un medico e di un infermiere per l'intera struttura complessa. Tale garanzia potrà essere data anche tramite appositi accordi con i servizi gestiti da Enti e Associazioni del privato accreditato. È altresì necessario prevedere, secondo i bisogni evidenziati e le prestazioni da erogarsi l'apertura del servizio nella mattinata del sabato.

La somministrazione di terapie, anche sostitutive è garantita con orari congrui all'utenza, per 365 giorni l'anno, ed anche al domicilio, se necessario.

Per l'intero orario di apertura, è garantita la risposta a quesiti telefonici e per eventuali comunicazioni urgenti e richieste di informazioni.

In caso di primo contatto in sede, viene effettuata una valutazione medica immediata e, nel caso, i necessari interventi.

È garantita visita medica immediata alle tossicodipendenti in stato di gravidanza.

È garantito dopo il primo contatto, un appuntamento, entro un tempo massimo di 7 giorni, per eseguire una più approfondita valutazione al fine di definire un piano preliminare di intervento.

È garantita, in un periodo massimo di 10 giorni dalla data del primo contatto, una prima valutazione generale della situazione del paziente che dovrà essere anche di tipo sociale nel caso che il soggetto conviva con minori o sia un minore.

È garantita una valutazione multidisciplinare del soggetto nei successivi quindici giorni e in un periodo massimo di 8 giorni alle tossicodipendenti in stato di gravidanza e quando la particolare gravità della situazione sanitaria lo richieda.

A tutti i soggetti sono garantiti programmi definiti nel tempo finalizzati al raggiungimento di una accettabile equilibrio psicofisico, ad una adeguata evoluzione e risoluzione della situazione di *abuso* e dipendenza, all'avvio di un recupero ed integrazione sociale e lavorativa (interventi formazione, interventi lavorativi, ecc.).

Particolare attenzione è data al contesto familiare dei soggetti in cura con figli minorenni.

Ai soggetti è garantita una periodica rivalutazione generale della situazione rispetto agli obiettivi dei programmi in corso e la possibilità di riformulare un nuovo programma con obiettivi definiti nel tempo e concordati.

All'interno del programma definito nel tempo e finalizzato si raccomanda l'individuazione di alcuni obiettivi prioritari da individuarsi sia da un punto vista sanitario che sociale (formativi, di lavoro ecc.).

Ai soggetti in trattamento viene garantita e attivamente proposta la possibilità di usufruire di adeguati screening relativi alle malattie infettive correlate, oltre che di incontri di educazione alla salute volti a migliorare la consapevolezza rispetto ai rischi relativi all'assunzione di sostanze

Ai soggetti in trattamento è garantita una adeguata valutazione di eventuali psicopatologie primarie o secondarie all'uso di sostanze.

Il soggetto viene informato delle conclusioni del processo diagnostico, dei limiti, dei rischi e dei vantaggi del trattamento proposto nonché delle possibili alternative.

Qualora siano necessari interventi non erogabili direttamente, il Servizio si attiva per l'invio ad altre strutture del SSN o presso enti del privato sociale accreditati o in convenzione con gli stessi.

Almeno ogni 15 giorni, sono realizzate apposite riunioni multidisciplinari per un confronto clinico-operativo riguardante casi trattati da più operatori.

Il Servizio Territoriale dipendenze può strutturarsi in unità operative su sedi diverse.

Le sedi sono conformi alla normativa e agli standard vigenti, così come indicati del DPR 14 gennaio 1997, disponendo di almeno:

- 1 locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- 1 locale per consulenza sociale, psicologica, diagnostica e terapeutica;
- 1 locale per visite mediche;
- 1 locale per riunioni;
- spazio per archivio;
- servizi igienici distinti per utenti e personale.

I locali garantiscono la privacy dell'utente.

I locali in cui vengono eseguiti eventuali raccolte di campioni di urina, sono adeguati per garantire gli opportuni controlli nel rispetto della persona sottoposta ad esame.

In relazione agli esami di laboratorio esistono dei documenti di servizio riguardanti il riconoscimento degli utenti, l'identificazione dei campioni e la certezza che il campione appartenga al soggetto e non sia manipolato.

È altresì assicurata la disponibilità delle attrezzature di primo intervento e della strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche, ivi compreso le dotazione di tutti i farmaci necessari nonché di supporto informatico, in ogni singola sede e secondo la tipologia di intervento. ✍

(a cura di Alfio Lucchini)

In Campania "qualcosa si muove"

La Regione Campania con delibera n. 2136 del 20/6/03 avente ad oggetto: "Organizzazione Servizi Dipendenze delle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze" ha emanato le linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del Sistema dei Servizi e delle Strutture per le Dipendenze; ha inoltre assegnato alle AA.SS.LL. la somma di Euro 8.960.918,05 per il potenziamento delle attività dei Ser.T. relativamente alle UU.OO. per l'alcolismo e per i detenuti tossicodipendenti. Previsti Dipartimenti di tipo Strutturato per le AA.SS.LL. con numero di abitanti superiore a 300.000 (modello organizzativo che prefigura una autonomia gestionale delle risorse) e Dipartimenti di tipo Tecnico-funzionale per le AA.SS.LL. con numero di abitanti inferiore a 300.000. Le linee di indirizzo configurano il Dipartimento come entità di livello aziendale al quale è affidato il coordinamento tecnico-scientifico e la gestione delle risorse coinvolte nell'area delle dipendenze. Tale dipartimento, organizzato con modalità di integrazione inter-istituzionale, prevede la partecipazione del privato sociale accreditato o autorizzato.

Nelle Linee di indirizzo si ribadisce, inoltre, la necessità di configurare servizi/settori che prevedano anche l'assistenza a particolari fasce di utenza/dipendenza quali: alcolisti, detenuti, immigrati, nuove dipendenze, nuovi stili di consumo e, per la prima volta, sono previsti servizi ad hoc per interventi a bassa soglia nei confronti dei consumatori attivi di strada.

Tale delibera rappresenta il primo passo concreto di una svolta culturale delle istituzioni regionali al fine di permettere ai servizi di adeguarsi alle nuove forme di dipendenza ed alle nuove richieste di aiuto come la nostra associazione ha più volte ribadito.

FeDerSerD Campania

Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema delle dipendenze della Regione Campania

Orientamenti generali

I Servizi per le Dipendenze devono garantire un numero ed una qualità di prestazioni di tale articolazione e complessità da richiedere una logica organizzativa di sistema in cui Enti pubblici ed enti/associazioni private concorrono al perseguimento di finalità comuni, ciascuno secondo le specifiche vocazioni istituzionali e competenze. In particolare si dovrà garantire l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche ed assistenziali riconosciute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi legati a comportamenti di abuso e alle persone coinvolte, per tutti i giorni settimanali, compresi i festivi.

Il fenomeno di consumi di sostanze è in continua evoluzione, nuove modalità di consumo si aggiungono a quelle tradizionali, tipologie spesso molto diverse tra loro pongono domande di assistenza differenziate e richiedono un modello organizzativo flessibile ed adattabile ai mutamenti.

Al conseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione per gli stati di dipendenza concorrono una molteplicità di risorse, di servizi appartenenti all'Azienda ASL, ad altri Enti, al Privato Sociale. La soluzione organizzativa che garantisce un'e-

levata integrazione socio-sanitaria ed un reale coordinamento operativo e metodologico è il Dipartimento per le Dipendenze. Il Dipartimento si configura come una entità di livello aziendale alla quale è affidato il coordinamento tecnico scientifico e la gestione delle risorse coinvolte nell'area della dipendenza. Tale Dipartimento è organizzato con modalità di integrazione inter-istituzionale e prevede la diretta partecipazione del privato sociale accreditato o autorizzato, operante nel territorio o richiesto da altri territori per specifiche competenze.

Esso risponde a criteri di:

- armonizzazione sistemica di tutti i referenti coinvolti in un processo di liberazione dalle dipendenze;
- responsabilità diffusa nella piramide delle risorse;
- efficacia e tempestività degli interventi in relazione alla fluidità e mobilità del fenomeno;
- razionalizzazione dei costi.

Organizzazione

Il Dipartimento per le Dipendenze dovrà individuare un modello organizzativo che dovrà contemplare nell'ambito delle Piante Organiche Aziendali:

- strutture complesse (centrali, distrettuali, sovradistrettuali);
- strutture semplici;
- servizi, settori o aree.

Il Dipartimento dovrà garantire i seguenti livelli di intervento:

- a) contatto;
- b) presa in carico;
- c) percorso terapeutico,
- d) percorso socio-riabilitativo
- e) reinserimento socio-lavorativo.

Tali obiettivi sono raggiungibili differenziando le:

Tipologie di Servizio:

- di tipo ambulatoriale;
- di day hospital;
- di ricovero per le detossificazioni;
- intermedie (diurne e residenziali);
- unità mobili e di strada.

Tipologie delle azioni:

- terapeutiche (bassa-media-alta soglia);
- socio-riabilitative;
- riduzione del danno;
- preventive.

Fasce di utenza:

- consumatori di eroina, cocaina ed altre sostanze stupefacenti;
- alcolisti;
- detenuti;
- immigrati;
- consumatori attivi di strada;
- nuove dipendenze da giochi di azzardo;
- nuovi stili di consumo.

Deve essere, inoltre, previsto all'interno del Dipartimento:

- unità operativa A (alcolismo);
- unità operativa per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- spazi di auto-aiuto e di supporto tra pari;
- gruppi di lavoro su particolari temi o emergenze.

Composizione

Il Dipartimento per le Dipendenze è così strutturato:

- Direttore:** è nominato dal Direttore Generale tra i Dirigenti di Struttura Complessa del circuito dei Servizi per le Dipendenze. Nelle AASSLL che non hanno ancora individuato Strutture Complesse, il Direttore Generale individua il Direttore del Dipartimento tra i Dirigenti di Strutture Semplici del circuito dei Servizi per le Dipendenze che abbia i requisiti previsti dalla normativa vigente.
- Comitato ristretto:** ha una funzione di verifica e valutazione delle attività di competenza aziendale del Dipartimento delle Dipendenze. È composto dal Direttore del Dipartimento, dai responsabili delle Strutture Complesse e dai responsabili delle Strutture Semplici individuate.
- Comitato allargato:** ha una funzione di indirizzo della programmazione delle attività e di valutazione delle azioni realizzate a livello interistituzionale ed integrazione con il terzo Settore.

Il Comitato allargato è costituito dai componenti del Comitato ristretto, dai rappresentanti degli Enti accreditati o autorizzati. Le modalità organizzative sono concordate con i rappresentanti degli Enti accreditati o autorizzati.

Il Dipartimento stabilisce un protocollo di collaborazione con altre amministrazioni (Prefetture, Istituzioni Scolastiche, sistema carcerario, Comuni, Enti di volontariato ed altre realtà che agiscono in stretto rapporto con il sistema dei servizi), definendo con chiarezza gli obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della "rete".

Tale rapporto di cooperazione è regolamentato anche tramite la creazione di un apposito tavolo di confronto o Comitato locale.

Funzioni

Il Dipartimento per le Dipendenze deve:

- ▶ formulare il Piano Annuale nel quale identifica gli obiettivi, le risorse, le collaborazioni;
- ▶ formulare un Piano Economico che presenta al Direttore Generale per la definizione del budget;
- ▶ costruire il Patto tra i servizi pubblici e privati, al fine di garantire la necessaria reciprocità tra essi;
- ▶ organizzare, in armonia con le disposizioni regionali, un sistema informativo per le Dipendenze, nel quale vengono previste attività di monitoraggio e di valutazione;
- ▶ programmare momenti e percorsi formativi per tutti i referenti impegnati sul fenomeno delle Dipendenze (Piano Formativo);
- ▶ esercitare funzioni di controllo, garantendo una strategia complessiva di intervento e pari dignità dei compiti operativi, attraverso l'istituzione di un organismo che prevede la partecipazione di operatori pubblici e di operatori del terzo settore accreditato e convenzionato.

Il Dipartimento per le Dipendenze è **strutturato** per le AA.SS.LL con un numero di abitanti superiore a 300.000.

Tale modello organizzativo presenta una piena autonomia gestionale (nei limiti previsti dalla generale organizzazione dell'Azienda). In esso le Unità Organizzative Aziendali coinvolte operano in condizioni di dipendenza gerarchica da una specifica figura apicale, che controlla anche le risorse e definisce le convenzioni con le strutture accreditate.

Il Dipartimento per le Dipendenze è di tipo **tecnico-funzionale** per le AASSLL con un numero di abitanti inferiore a 300.000.

Tale modello organizzativo non è dotato di una specifica configurazione gerarchico-amministrativa. Ad esso afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le varie realtà coinvolte nell'area della dipendenza con l'istituzione di una **Area di Coordinamento**. ✍

RECENSIONE



Caritas Ambrosiana

Tossicomania e sofferenza psichica

Le buone prassi nella "doppia diagnosi" a cura di Paolo Rigliano, Laura Rancilio

Collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/
Quaderni, diretta da Alfio Lucchini
pp. 208, € 17,50 - cod. 231.1.13 (V)

Le tossicomanie si stanno rapidamente trasformando, rendendo sempre più manifesti i diversi aspetti del disagio, anche psichiatrico. Un ruolo centrale assume il tema della doppia diagnosi: sempre più evidenti appaiono le strutture psicopatologiche e le sofferenze psichiche, da cui queste stesse strutture emergono.

Questo testo, con un linguaggio chiaro e operativo, raccoglie i contributi, presentati al convegno della Caritas su "Le buone prassi nella doppia diagnosi", di ricercatori e operatori che si confrontano con le nuove sfide che nascono dall'interrelazione di modi, evoluzioni e contenuti della sofferenza psichiatrica e delle dinamiche tossicomaniche.

È necessario riflettere su come cambiano le visioni delle diverse tossicomanie, le esigenze dei poliabusatori, le competenze, i compiti e i bisogni - formativi, diagnostici, terapeutici - delle équipe. È urgente anche interrogarsi su quali modelli d'integrazione siano i più utili per rispondere al dolore estremo e radicato di tossicodipendenti così complessi. Essi infatti non possono essere "esclusi" o abbandonati a se stessi perché portatori di doppia diagnosi ma - proprio perché pazienti gravi e "difficili" - devono essere accolti integralmente come protagonisti di progetti di cura avanzati ed efficaci.



Paolo Rigliano, psichiatra e psicoterapeuta, è direttore della struttura residenziale riabilitativa per giovani psicotici dell'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano. È autore di numerose pubblicazioni, tra le quali: *Eroina, dolore e cambiamento* (1991); *L'Aids e il suo dolore* (1994); *Nonostante il proibizionismo* (1995); *Indipendenze* (1998).

Laura Rancilio, medico pediatra, è responsabile delle Aree AIDS e Dipendenze della Caritas Ambrosiana. Dal 1990 al 2000 si è occupata di diagnosi e follow up di figli di donne tossicodipendenti e/o HIV-positivi presso gli ICP di Milano. Attualmente è responsabile di comunità per malati di AIDS e di comunità terapeutico-riabilitative per malati psichici delle cooperative sociali "Filo di Arianna" e "Farsi prossimo".

La Scuolina Parole Stupefacenti

Regione Emilia-Romagna

FeDerSerD

Itaca Italia
Itaca Europa

Azienda USL di Ravenna
Comune di Faenza

OWL - Faenza
ALT Onlus - Milano

Q4Q - Quest for Quality - The Netherlands
The Methadone Alliance - United Kingdom

In un periodo denso di attività congressuali si propone un momento "diverso", con una connotazione formativa piuttosto che informativa.

Tre corsi in un'unica sede, con la possibilità di iscriversi ad un solo corso, sono anche l'occasione per interagire, negli intervalli e nei break, con colleghi che frequentano altri corsi, con i docenti di altre discipline. Sono la possibilità, in altre parole, di dare ampio spazio alla curiosità che sempre stimola la crescita culturale.

Gli argomenti sono stati scelti, in questo primo anno, proprio per promuovere la presenza di professionisti con formazione diversa.

Corso A (30 partecipanti) Il sostegno alla genitorialità

Docenti: Sandra Basti, Viviana Brera, Amedea Lo Russo, Patrizia Querini

Il sostegno alla genitorialità, quando il genitore è tossicodipendente, richiede nella mente dell'operatore e nella prassi dei servizi la presa di coscienza e la risoluzione di dilemmi che coinvolgono sia questioni teoriche che culturali ed emozionali.

Elenchiamo alcune questioni:

- La variabile genitorialità è connessa con altre variabili, in parte scontate, ma aventi un grosso significato emotivo e operativo. Siamo in presenza di individui adulti, di minori, di relazioni, di un sistema familiare, di servizi diversi. Quale definizione dell'oggetto di cura e quale integrazione dei servizi intorno ad esso?
- Come conciliare la cura della tossicodipendenza con il sostegno alla genitorialità?
- Quali sono i rischi espliciti ed impliciti nelle situazioni in cui il tossicodipendente è anche genitore? Come viene distribuita la gestione del rischio tra gli operatori?
- Quali i pensieri e quali i vissuti degli operatori nella presa in carico della problematica?

Il corso di formazione vuole aiutare i partecipanti a costruire un inventario ragionato delle questioni indicate per individuare le condizioni che permettono la realizzazione di forme di sostegno alla genitorialità rispettose della complessità della problematica.

Corso B (70 partecipanti) Storia ed Antropologia delle droghe

Docente: Giorgio Samorini

Il corso si propone di affrontare gli aspetti antropologici dell'utilizzo delle droghe, con particolare riferimento alle popolazioni

tradizionali. Dopo un breve excursus sui dati archeologici, verranno esaminate le diverse modalità di assunzione delle droghe, le motivazioni individuali e sociali del loro uso, gli aspetti ritualistici associati al loro impiego, i sistemi di controllo sociale adottati per la riduzione dei rischi associati al loro uso. Sarà esposta una panoramica delle droghe psicoattive utilizzate tradizionalmente, con particolare riferimento ai moderni culti sincretici.

Corso C (100 partecipanti) Training su "Le linee guida europee sui trattamenti di sostituzione"

Docenti: Ernst Buning, Bill Nelles, Edo Polidori, Annette Verster

Nel 2000 sono uscite, a cura di Q4Q, le "Linee guida europee sui trattamenti di sostituzione". In seguito la stessa organizzazione ha curato due modelli di training su questi temi, uno rivolto ai clinici ed uno rivolto ai "policy makers". Il corso proposto, indirizzato a tutti gli operatori che si occupano di trattamenti di sostituzione, è la proposizione del primo modello formativo in cui si affrontano le tematiche legate alla farmacologia, alla clinica, agli aspetti organizzativi e all'operare quotidiano di chi, singolarmente o come equipe, si trova coinvolto nella cura dei tossicodipendenti da eroina.

Il riferimento alle "buone pratiche" a livello europeo è visto come una possibilità di confronto che aiuti i corsisti ad uscire da una dimensione "nazionale" o "locale" di pratiche di trattamento.

Qualora le iscrizioni a questo corso fossero superiori al numero dei posti a disposizione verrà data la preferenza agli operatori con minore esperienza lavorativa.

Metodo di lavoro nei tre corsi:

Momenti di lavoro e di riflessione sulla tematica in plenaria. Il Corso "A" prevede anche lavori di gruppo (due gruppi di 15 persone, coordinati da esperti).

Per garantire la più ampia partecipazione possibile agli operatori interessati ai programmi formativi proposti sono state previste due modalità di iscrizione:

- a) **semplice:** iscrizione gratuita, con possibilità di accedere al corso prescelto e partecipare a tutte le occasioni formative de "La Scuolina".
- b) **integrata:** al costo di 50 euro. Comprende l'iscrizione "semplice" più i buoni per i coffee break e le colazioni di lavoro del 25 e 26 novembre.

Programma

24 novembre 2003

- ore 15,00 Iscrizione
ore 15,30 Apertura della scuolina
Intervengono: Gianluca Borghi, Laghi Franco, Vanna Vanni, Elio Ferri
Parliamoci chiaro
Edoardo Polidori ed il pubblico intervistano Celeste Franco Giannotti, Norberto Pentiricci e Claudio Renzetti
Ore 17,00 Primo modulo
Corso A: Introduzione di Patrizia Querini.
Spiegazione del metodo di lavoro e lavoro di gruppo
Corso B: Introduzione generale
Corso C: Introduzione generale ai trattamenti di sostituzione
Ore 19,00 "Spigolature" di Claudio Renzetti

25 novembre 2003

- ore 09,30 Secondo modulo
 Corso A: "Genitorialità e tossicodipendenza tra pregiudizio e verità" di Viviana Brera
 Corso B: Archeologia delle droghe
 Corso C: Le evidenze scientifiche (1)
- ore 11,00 Coffe Break
 ore 11,30 Terzo modulo
 Corso A: Lavoro di gruppo
 Corso B: Modalità d'amministrazione
 Corso C: Le evidenze scientifiche (2)
- ore 13,00 Pausa pranzo
 ore 14,30 Quarto modulo
 Corso A: "Cura della tossicodipendenza e sostegno alla genitorialità: un intreccio di variabili" di Sandra Basti
 Corso B: Usi divinatori e terapeutici
 Corso C: I farmaci utilizzati nei trattamenti
- ore 16,00 Coffee Break
 ore 16,30 Quinto modulo:
 Corso A: Lavoro di gruppo
 Corso B: Usi religiosi
 Corso C: Aspetti clinici
- ore 18,00 "Spigolature" di Claudio Renzetti
 ore 18,30 Fine seconda giornata

26 novembre 2003

- ore 09,30 Sesto modulo
 Corso A: "Analisi e valutazione di un caso clinico" di Amedea Lo Russo
 Corso B: Culti sincretici
 Corso C: Gruppi "particolari" di pazienti
- ore 11,00 Coffee Break
 ore 11,30 Settimo modulo
 Corso A: Lavoro di gruppo
 Corso B: Usi bellici, correttivi e ludici
 Corso C: Massimizzare gli aspetti professionali - L'organizzazione di un Servizio (1)

- ore 13,00 Pausa pranzo
 ore 14,30 Ottavo modulo
 Corso A: Conclusioni
 Corso B: Conclusioni
 Corso C: Massimizzare gli aspetti professionali - L'organizzazione di un Servizio (2)
- ore 16,00 Maurizio Coletti
 Lavorare nelle tossicodipendenze e il problema della valutazione
- ore 16,30 Maurizio Fea
 Conoscenze disciplinari, cultura e aspetti organizzativi
- ore 17,00 Chiusura anno scolastico de "La Scuolina"

La Scuolina di Faenza

Collegio di Presidenza

Maurizio Fea, Maurizio Coletti, Celeste Franco Giannotti, Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Claudio Renzetti.

I bidelli

Paola Pantieri, Paris Poli, Maria Grazia Ragazzini, Filippo Rivola.

Segreteria nazionale

EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi
 Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 Tel. 031/748814
 Fax 031/751525
 E-mail: federserd@expopoint.it

Segreteria locale

Giovanna Fabbri, Luisa Zaccarini.

Insegnanti esterni

Sandra Basti, Viviana Brera, Ernst Buning, Amedea Lo Russo, Bill Nelles, Patrizia Quercini, Giorgio Samorini, Annette Verster.

Focus sulla farmacoterapia delle dipendenze. La buprenorfina

Quarto trimestre 2003
 (federserd@expopoint.it)

BOLOGNA - Mercoledì 1 ottobre
 Hotel Royal Carlton
 Responsabile FeDerSerD: Dr. Edoardo Polidori

LECCE - Sabato 4 ottobre
 Grand Hotel Tiziano e dei Congressi
 Responsabile FeDerSerD: Dr. Roberto Cataldini

ACIREALE - Lunedì 6 ottobre
 Orizzonte Acireale Hotel
 Responsabile FeDerSerD: Dr. Guido Faillace
 Presentazione del Dr. Carmelo Mazza e del Dr. Lino Ancona

SARONNO - Martedì 18 novembre
 Hotel della Rotonda
 Responsabile FeDerSerD: Dr. Vincenzo Marino

Principi di buon uso del metadone

Quarto trimestre 2003
 (federserd@expopoint.it)

MESSINA - Venerdì 31 ottobre
 Hotel Europa Palace - Messina
 Responsabili FeDerSerD: Dr. Guido Faillace e Dr. Nicola Longobardo

**Primo annuncio
 LE FORME DELLA INTEGRAZIONE**

**Convegno di studio nazionale promosso da FeDerSerD
 Hotel Crowne Plaza Milano
 8 e 9 marzo 2004**

Il Convegno, che vuole favorire una riflessione sui principali temi di interesse nel settore delle dipendenze, prevede una partecipazione limitata a 300 persone. Sarà accreditato ECM per tutte le figure professionali di settore. Nel corso del Convegno verranno assegnati i premi "Molteni per la tossicodipendenza"
 Per informazioni: federserd@expopoint.it

Attività sportiva ed uso dei cosiddetti "integratori": le attenzioni ed i possibili rischi

Donato Donnoli*

È d'uso parlare nel mondo sportivo (ed anche nel mondo pubblicitario), a volte impropriamente, dei cosiddetti "integratori alimentari" da utilizzare nell'alimentazione sportiva o, in senso più lato, anche come supporto "salutistico" alla nostra dieta quotidiana. L'enfasi sull'uso di queste sostanze, legata a supposti miglioramenti delle prestazioni sportive o dello stato di forma atletica, può favorire l'insorgenza di rischi alla salute o sfociare, a volte, in casi di più o meno consapevole "doping-dipendenza". Occorrerà allora chiarire che diversi farmaci, definiti di tipo metabolico (che partecipano cioè ai processi metabolici del nostro organismo) potrebbero essere utili non tanto per aumentare il livello delle prestazioni sportive quanto per restaurare le energie disperse nei processi metabolici facilitando anche la eliminazione di cataboliti endogeni tossici (come, ad esempio, i cosiddetti "radicali liberi").

Tra i farmaci di tipo metabolico ricordiamo:

- 1) il *fruttosio-1,6-difosfato*;
- 2) la *creatina*;
- 3) la *carnitina*;
- 4) alcuni *aminoacidi*, utilizzati da soli (come l'*arginina* e l'*aspartato di potassio e di magnesio*) o sotto forma di associazioni di aminoacidi a catena ramificata (*leucina, isoleucina e valina*);
- 5) la *taurina*.

Esaminiamo queste sostanze:

1) il *fruttosio-1,6-difosfato* è un metabolita intermedio di cicli biochimici atti a produrre energia a livello cellulare (ciclo di Embden-Meyerhof).

Gioca un ruolo centrale nella regolazione di varie vie metaboliche energetiche, stimolando il catabolismo del glucosio e riducendone l'utilizzazione in vie diverse da quella glicolitica.

2) La *creatina* è un composto peptidico, sintetizzato nel fegato (anche nei reni e nel pancreas) a partire dagli aminoacidi arginina e glicina ed immagazzinato per il 95% nei muscoli.

È presente, per un suo utilizzo da un punto di vista nutrizionale, prevalentemente nella carne e nel pesce.

La creatina svolge un ruolo utile per assicurare una certa efficienza muscolare nel nostro organismo in quanto, attraverso i suoi derivati, come la fosfocreatina o il creatinolfosfato, svolge attività utile a livello del mitocondrio cellulare (nel trasporto di ATP, acido adenosintrifosforico, la più importante molecola trasportatrice di energia della cellula), a livello miofibrillare (nel processo di contrazione del muscolo), a livello della membrana cellulare (influenzando il trasporto ionico attivo di sodio e potassio ed i potenziali elettrici ad esso correlati) e a livello del reticolo sarcoplasmatico (per la rimozione del calcio nella fase di rilassamento).

La creatina può essere utilizzata come integratore alimentare, secondo le necessità ed i livelli utili di assunzione dell'organismo.

Ricordiamo infatti che il quantitativo di creatina presente in media in un uomo di 70 kg di peso è di circa 120 grammi e che il 2% della creatina totale non utilizzata è rilasciata con le urine ed il sudore sotto forma di creatinina.

* *Farmacologo clinico, dirigente medico Ser.T. di Marsicovetere - Azienda sanitaria USL 2 - Potenza. Socio Federazione Medico Sportiva Italiana - FMSI. Direttivo Nazionale FeDerSerD.*

È comunque una sostanza che lo sportivo deve assumere sotto controllo medico in quanto non si possono escludere rischi per la salute (attualmente ancora studiati) dovuti ad un uso incongruo di creatina.

3) La *carnitina (L-carnitina)* è una sostanza endogena, prodotta, cioè, naturalmente dal nostro organismo a partire da due aminoacidi (lisina e metionina).

La fonte nella dieta è costituita principalmente nelle carni. La carnitina facilita l'utilizzo degli acidi grassi e la produzione di energia nei muscoli in quanto risulta essere una amina di trasporto che riesce a combinarsi con gli acidi grassi a lunga catena e a trasferirli all'interno dei mitocondri citoplasmatici, soprattutto delle cellule muscolari, dove vengono ossidati ad Acetil-CoA con produzione di energia.

Il ruolo fisiologico della carnitina è quindi duplice: rende possibile una adeguata produzione di energia ed inoltre impedisce gli accumuli patologici (ematici e cellulari) di acidi grassi.

La carenza congenita di carnitina può essere individuata in epoca infantile con presenza di alterazioni metaboliche (ipoglicemia, chetonemia, chetonuria) con epatomegalia e cardiomegalia.

Carenze acquisite si osservano in corso di gravidanza, nel paziente cirrotico e nel paziente emodializzato.

Ciò che invece occorre rimarcare è che, nel soggetto normale, somministrazioni, ritenute integrative, di carnitina non migliorano le prestazioni muscolari e non aiutano a perdere peso attraverso la riduzione della massa grassa, come inizialmente veniva ipotizzato.

4) Gli *aminoacidi* possono essere utilizzati da soli come l'*arginina* e l'*aspartato di potassio e magnesio* perché reintegrano le riserve organiche di questi sali minerali; possono, poi, essere utilizzati sotto forma di associazioni di più aminoacidi (*leucina, isoleucina, valina*) che per la loro struttura chimica sono detti a catena ramificata (AAR).

Questi aminoacidi sono coinvolti in reazioni metaboliche come regolatori o come precursori in quanto forniscono substrati per le sintesi proteiche a livello muscolare e substrati energetici a livello cerebrale.

Queste caratteristiche avevano fatto pensare ad un loro utilizzo nella pratica sportiva come ritardanti la sensazione di fatica provocata dallo sforzo e favorevoli le capacità di attenzione.

Nessun studio ha però dimostrato che la ulteriore somministrazione, in atleti, degli aminoacidi a catena ramificata abbia un effetto positivo sulle prestazioni sportive.

Si coglie l'occasione per puntualizzare che sono da definire prive di reale fondamento scientifico anche le assunzioni in uso, in alcuni ambienti sportivi, di grandi quantità della cosiddetta "gelatina" (un "preparato" ricco dell'aminoacido glicina, aminoacido semplice, non essenziale, ma precursore di alcuni neurotrasmettitori cerebrali).

5) La *taurina* è un derivato (catabolita) dell'aminoacido cisteina che, a livello del sistema nervoso centrale, svolge attività di neurotrasmettitore ed è inoltre coinvolta nel metabolismo del calcio influenzando anche la regolazione dell'equilibrio salino all'interno del corpo (opponendosi, ad esempio, alla perdita di potassio dalle cellule).

La taurina migliora la situazione metabolico-funzionale della cellula cardiaca in condizioni di ipossia-anossia e produce scor-

te di energia, utilizzabili dalle cellule, attraverso la formazione di fosfotaurociamina.

Una dieta che preveda una alimentazione a base di carne e pesce può, da sola, bastare per la trasformazione e l'utilizzazione, nel nostro organismo, di taurina; sono perciò da evitare ulteriori assunzioni di preparati a base di taurina in relazione anche a possibili rischi, legati ad un'assunzione incongrua, non ancora ben definiti.

Una corretta nutrizione e scelta degli alimenti da parte dell'atleta (o dell'esperto che lo deve consigliare), permette di reintegrare, in modo utile ed efficace, ciò che occorre al nostro organismo: ci riferiamo a quelli che sono i veri "integratori naturali" del nostro organismo e cioè l'acqua, con i suoi sali minerali, e le vitamine.

Diverso discorso è, invece, da farsi per altre sostanze consigliate ed usate in modo incongruo e senza un substrato scientifico di supporto.

Moltissime sono le sostanze alimentari che nel corso degli anni, soprattutto di recente, sono state proposte agli atleti nella speranza, il più delle volte vana, di migliorarne il rendimento atletico.

È quindi necessario valutare con la massima attenzione la grande massa di avvisi pubblicitari che quotidianamente si rivolgono agli atleti, spesso con messaggi fuorvianti e a volte privi delle necessarie basi scientifiche.

Non va sottovalutato, inoltre, il rischio per la salute che questi prodotti, in alcuni casi, possono rappresentare e non va sottovalutato il rischio di un loro inconsapevole uso doping (dovuto alla presenza, nei preparati, di principi attivi non consentiti).

Ci si riferisce, in particolare, ad alcuni integratori cosiddetti "naturali", prevalentemente costituiti da estratti di alghe e indi-

rizzati al dimagrimento, oppure ad alcuni prodotti di erboristeria che non specificano in etichetta le effettive sostanze farmacologicamente attive.

Con ciò non si vogliono assolutamente demonizzare i prodotti di erboristeria o simili.

Si vuole, invece, richiamare l'attenzione degli atleti, dei medici, dei medici sportivi e degli operatori del settore sui rischi connessi ad un uso incontrollato e semplicistico di questi prodotti, specie se tale uso è dettato solo da mode ed erronee convinzioni o indotto dalla fiducia in rassicuranti affermazioni.

I prodotti dietetici possono risultare, a volte, utili, ma, in quanto tali, necessitano di un uso ragionato, oculato, dettato esclusivamente da reali esigenze fisiologiche sostenute da opportune conoscenze e verifiche scientifiche, senza nulla concedere ai richiami della pubblicità e alle lusinghe di improbabili effetti miracolistici.

I medici e tutti gli operatori sportivi in genere dovrebbero conoscere meglio le effettive possibilità offerte da alcuni innocui e leciti interventi sulla alimentazione degli atleti per migliorare il rendimento sportivo.

Contemporaneamente dovrebbero anche avere maggiore fiducia nelle loro possibilità di intervento sui processi di allenamento e nelle capacità fisiologiche e psicologiche degli atleti, e non sperare che qualche prodotto "nuovo" o "esotico" possa compiere miracoli e far conquistare medaglie.

Solo un corretto programma di allenamento (sostenuto da una attenta e costante valutazione biologico-funzionale dell'atleta ed una sana alimentazione) può, infatti, produrre i dovuti adattamenti fisiologici in grado di esaltare e far esprimere appieno le potenzialità del praticante sportivo. ✍

ORGANIZZAZIONE

Riportiamo una sintesi dell'intervento del Presidente Dr. Alessandro Coacci, al Convegno di FeDerSerD a Caserta "Addiction. Quale domani", pronunciato il 18 settembre in apertura dei lavori nel Teatro di Corte della Reggia.

Voglio aprire i lavori di questo Convegno rivolgendo un sincero ringraziamento alle numerose autorità presenti, ai relatori e a tutti voi per avere accolto l'invito a partecipare a questa iniziativa.

Lo scopo del Convegno è ambizioso. Ragionare sul futuro delle dipendenze in Italia richiede la precisa rappresentazione della situazione attuale, una riflessione sulle risposte messe finora in atto ed una migliore puntualizzazione degli obiettivi da raggiungere. Se è vero che un tema come questo non potrà essere esaurito in questa sede, è altrettanto vero che dal nostro dibattito verrà un contributo importante per la elaborazione delle future strategie, tenendo presente l'alto livello di competenze professionali e delle sensibilità politico-istituzionali che sono chiamate in queste giornate ad esprimersi ed a confrontarsi. Sotto tale aspetto mi auguro che lo splendore dell'opera del Vanvitelli possa ispirare la nostra comune ricerca e creatività.

Fino ad oggi nel contrasto alle dipendenze si è registrata un'incresciosa incomunicabilità fra soggetti in essa impegnati, che ha in larga misura pregiudicato la qualità dell'intervento complessivo. Proprio per questo, tenendo conto che la autoreferenzialità genera debolezza e le sinergie, al contrario, generano nel confronto, autorevolezza ed efficacia delle strategie, FeDerSerD, dal Congresso di Cernobbio, si è prefissa di costruire un terreno comune di azione fra Associazioni appartenenti a culture diverse, trovando nell'alto Commissario di Governo per le Politiche Antidroga il Prefetto Pietro Soggiu un convinto artefice di questa scelta.

Le difficoltà che incontriamo e che incontreremo, dovute alla persistenza di sistemi culturali ed operativi diversi, dovranno essere necessariamente superate con il contributo di tutti, perché anche in questo caso, il metodo diventa sostanza, liberando il campo da

approcci ideologici aprioristici, per puntare solamente alla qualità dell'intervento nell'esclusivo interesse della persona, che rappresenta il solo parametro di verifica.

Alcuni importanti risultati sono già stati raggiunti con la attivazione di un tavolo di confronto al quale hanno finora aderito, oltre a FeDerSerD, la FICT e il CNCA, che ha reso possibile l'avvio di un interessante dibattito che mira all'alta integrazione fra pubblico e privato sociale finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni.

Abbiamo voluto mettere particolare attenzione nel programma di questo evento a temi di grande attualità fra i quali quello rappresentato dalla tendenza all'aumento del consumo di "nuove" droghe e all'abbassamento dell'età media dei giovani che vi ricorrono, temi che diventano particolarmente impegnativi anche per il fatto che questi giovani solitamente non si rivolgono ai nostri Servizi non ritenendosi "coinvolti" dalle sostanze. In questo modo ci sfugge la stessa percezione delle dimensioni e delle caratteristiche del fenomeno che sono invece fondamentali per approntare un serio ed efficace programma di intervento.

Altri temi come l'eziopatogenesi delle dipendenze nei suoi aspetti medici, psicologici e sociali, la comorbilità psichiatrica, che oggi genera un serrato confronto tra le due discipline, salute mentale e dipendenze, rappresentano punti nodali sempre da sviluppare nelle conoscenze.

Quindi gli argomenti in discussione non mancano; le difficoltà di analisi che questi presentano ci auguriamo agiscano come stimolo alle capacità propositive di noi tutti, perché dalle conclusioni di questo Convegno emergano indicazioni operative precise che possano rappresentare dei passi significativi in avanti sull'esperienza che stiamo conducendo da anni. ✍

Di grande attualità il dibattito sulla situazione carceraria in Italia. Questo ben oltre lo specifico tema della tossicodipendenza e della patologia da HIV. L'articolo vuole fare il punto su un problema centrale: l'assistenza sanitaria in carcere, con un ampio esame della realtà attuale.

La Commissione nazionale Carcere di FeDerSerD sta concludendo un primo report sulla realtà delle dipendenze in ambito carcerario che sarà presentato entro il primo trimestre 2004.

L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari: attualità e prospettive

Antonio Colaianni*

Cenni sull'assistenza sanitaria penitenziaria

L'Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari italiani è assicurata autonomamente dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) del Ministero di Grazia e Giustizia.

I servizi sanitari esistenti nel carcere sono:

- 1) **Servizio di Medicina Generale**, affidato ai **Medici Incaricati** che svolgono funzioni analoghe a quelle svolte dal *Medico di Base* nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. I *Medici Incaricati* hanno un rapporto di lavoro con il DAP con un contratto *pubblico speciale*: hanno l'obbligo di prestare servizio per 18 ore settimanali con una media di 3 ore giornaliere e possono svolgere altri lavori sia pubblici che privati senza le limitazioni previste per i medici del SSN (L. 740/1970). In piccoli istituti è presente un solo medico, in quelli più grandi possono esserne nominati più di uno. In questi casi il Direttore del Carcere sceglie e propone al DAP un *Medico Incaricato* con funzioni di *Coordinatore Sanitario* il quale è responsabile di tutto il Servizio Sanitario, comprese le attività di prevenzione e di igiene ambientale e l'assistenza legale agli Agenti di Polizia Penitenziaria. Il *Coordinatore Sanitario* risponde gerarchicamente al Direttore dell'Istituto.
- 2) **Servizio di Medicina Specialistica**, affidato a liberi professionisti convenzionati con la Direzione.
- 3) **Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIAS)** per le prestazioni sanitarie d'urgenza (guardia medica). Questi medici, tutti liberi professionisti, assicurano l'assistenza sanitaria nelle ore in cui non è presente in Istituto il *Medico Incaricato*.
- 4) **Servizio Infermieristico**, svolto in parte con rapporto di tipo libero-professionale ed in parte con infermieri di ruolo del Ministero della Giustizia.
- 5) **Tecnici** (di laboratorio, di radiologia, fisioterapisti) in rapporto di convenzione libero-professionale.

Privilegio della Medicina Penitenziaria è sempre stata l'autonomia rispetto al SSN.

In realtà la sanità penitenziaria non è gestita in modo completamente autonomo: il Sistema Sanitario Nazionale, ha un ruolo di verifica e di controllo attraverso le Regioni, che, a loro volta si avvalgono dei Servizi di Igiene delle varie ASL territoriali. Semestralmente, infatti, una commissione del Servizio di Igiene, effettua un sopralluogo per controllare l'igiene ambientale e la sorveglianza delle malattie infettive all'interno degli istituti penitenziari, e presenta una relazione alla Regione ed al Direttore del Carcere, dove sono segnalate eventuali anomalie e modifiche da attuare. Anche l'assistenza per i tossicodipendenti è dal 1990 affidata alle ASL (L. 309/90).

* *Coordinatore Sanitario della Casa di Reclusione di Milano - Opera dal 1990 al 1999, attualmente Responsabile della U.O. Ser.T. del Carcere di Opera e Patologie Correlate alle Dipendenze, Dipartimento delle Dipendenze - ASL Milano 2. Componente Commissione Nazionale Carcere di FeDerSerD.*

Anche per le prestazioni di assistenza specialistica, in realtà non c'è una completa separazione tra SSN e Sistema Sanitario Penitenziario: quando il paziente detenuto ha bisogno di prestazioni diagnostico-terapeutiche non possibili *intra moenia*, viene ricoverato negli ospedali pubblici.

La qualità dell'Assistenza Sanitaria in Carcere è molto diversa nei diversi Istituti e può essere definita a *macchia di leopardo*: ci sono Istituti molto attrezzati e con personale sanitario adeguato a far fronte alla maggior parte delle esigenze diagnostico-terapeutiche, ed altri con personale e strutture inadeguati per garantire i livelli essenziali di assistenza. Anche la disponibilità di farmaci è molto variabile da una sede all'altra e dipende dalle capacità individuali del *Medico Incaricato* o dalla sensibilità e lungimiranza del Direttore che deve garantire l'acquisto.

Con il Decreto legge 230/99 "Riordino della Medicina Penitenziaria" è stata ravvisata la necessità di far confluire l'Assistenza Sanitaria Penitenziaria nel Sistema Sanitario Nazionale, attraverso un graduale trasferimento delle competenze e delle risorse economiche.

Per effetto del tale Decreto, dal 1.01.2000 sono transitate alle ASL l'Assistenza Sanitaria ai detenuti Tossicodipendenti e le attività di Prevenzione negli Istituti Penitenziari. In tre Regioni, da allora, è in corso una **sperimentazione di assistenza sanitaria completamente a carico del SSN**.

A termine di tale sperimentazione il Governo dovrà decidere se è opportuno o meno attuare il trasferimento delle competenze su tutto il territorio nazionale.

Allo stato attuale, quindi è a carico dell'ASL solo l'Assistenza Sanitaria ai detenuti Tossicodipendenti e le attività di Prevenzione.

Strutture Penitenziarie

In Italia ci sono 205 Istituti distinti, a seconda della tipologia, in:

- Istituti per la custodia cautelare, **Case Circondariali**, che assicurano la custodia degli imputati a disposizione dell'Autorità Giudiziaria.
- Istituti per la esecuzione delle pene: **Case di Reclusione**, nei quali sono ristretti i condannati.
- Istituti misti, con sezioni Giudiziarie e sezioni di Reclusione.
- Istituti con **Custodia Attenuata** per i Tossicodipendenti.
- **Centri Diagnostico Terapeutici (CDT)** che sono dei veri e propri Ospedali penitenziari.
- **Istituti per Minorati Fisici**, attrezzati per ospitare soggetti non autonomi dal punto di vista fisico.
- **Ospedali Psichiatrici Giudiziari**, specializzati per l'osservazione e per la detenzione di soggetti con problematiche psichiatriche che richiedono un certo impegno sanitario.
- **Istituti per Minori**.

Il Personale Sanitario Penitenziario (Settore Minori e Adulti al 1999)

Medici	3.750 (Incaricati, SIAS, Specialisti)
Infermieri	2.118
Psicologi	587
Altre figure	157 (Tecnici)
Totale addetti:	6.612

I detenuti Tossicodipendenti

La tossicodipendenza rappresenta un problema che investe circa il 30 % di tutta la popolazione detenuta.

Nel 2001 i Tossicodipendenti erano 15.173 su 55.261 detenuti (28%) di cui 597 donne.

Gli stranieri Tossicodipendenti erano 3.050.

L'aliquota di detenuti che hanno rapporti diretti o indiretti con gli stupefacenti è del 50% sul totale (Maisto, 2000).

La tossicodipendenza rappresenta, quindi, una problematica molto importante negli Istituti Penitenziari italiani. Molto delicato è il ruolo degli operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze che devono da una parte garantire la cura e, dall'altra, proporre programmi alternativi alla detenzione che abbiano la finalità di favorire sul territorio programmi di riabilitazione sanitaria e sociale.

L'infezione da HIV

Il problema della infezione da HIV è particolarmente grave in Carcere.

Nel 1990: il 10% dei detenuti è risultato HIV+, test eseguito sul 50% della popolazione.

Eseguito il test sul 70% della popolazione uno studio indica il 12% di HIV+ (Babudieri, 2002).

La nostra esperienza nel Carcere di Opera ci permette di affermare che il 10% della popolazione testata è risultata HIV+.

Molto diffusa è inoltre, l'infezione da virus dell'epatite C.

L'elevato numero di soggetti con infezione da HIV ha indotto il DAP ad attrezzare dei reparti per detenuti malati di AIDS: in primo luogo il reparto di malati di AIDS del Carcere di Opera e quello del Carcere di Napoli Secondigliano.

Le patologie psichiatriche

I soggetti affetti da disturbi mentali sono molto numerosi negli Istituti Penitenziari per diverse ragioni:

- i disturbi di personalità spesso favoriscono la devianza sociale ed i comportamenti delittuosi;
- il Carcere, con le regole rigide e la limitazione della libertà, può slantizzare disturbi mentali che sono poco evidenti in condizioni meno stressanti;
- il Carcere, unica istituzione totale rimasta, rappresenta spesso l'ultimo approdo di soggetti con problemi di salute mentale che la società non è in grado di accogliere o di assistere.

In Carcere la depressione ed i gesti di autolesionismo rappresentano le espressioni più frequenti del disagio psichico.

Basti considerare il consumo di psicofarmaci (tranquillanti, antidepressivi) per rendersi conto della dimensione del problema. In carcere il consumo di questi farmaci è circa 10 volte superiore rispetto alla popolazione esterna.

Punti critici dell'assistenza dell'assistenza sanitaria in carcere

Occorre distinguere la situazione antecedente da quella successiva al D.L. 230/99.

Situazione antecedente al D.L. 230/99

Estrema variabilità delle condizioni di assistenza nei vari Istituti: l'assistenza sanitaria in Carcere è garantita in modo diverso a secon-

da delle situazioni locali e delle capacità dei singoli *medici incaricati* o direttori di Istituto.

Accanto a realtà prive della minima assistenza ci sono altre molto attrezzate e con numerosi operatori sanitari.

Nei CDT normalmente è possibile effettuare prestazioni diagnostiche terapeutiche adeguate alle esigenze, fatto salvo il ricorso a strutture ospedaliere esterne, in caso di necessità.

In realtà più piccole viene lamentata la carenza di farmaci e di assistenza medica e infermieristica. Numerose sono le lamentele di sospensione di terapie importanti in seguito a trasferimenti da un Istituto all'altro.

Mancanza di una politica sanitaria: le disposizioni centrali sono sempre ispirate al risparmio della spesa. In realtà occorrerebbe razionalizzare le risorse perché sono numerosi i casi di spese eccessive per farmaci di poca o nulla utilità e attrezzature costosissime ma obsolete.

Diverse scelte possono determinare uno spreco di risorse: per esempio una disposizione di pochi anni fa impone le direzioni degli Istituti a trasferire i detenuti al Carcere di Pisa per effettuare una TAC senza considerare il costo della traduzione che prevede lo spostamento di una decina di agenti.

L'autonomia del SSP rispetto al SSN rende i responsabili del settore (*Medici Incaricati* e *Coordinatori Sanitari*) svincolati dalle direttive del Ministero della Salute, sulla base delle esigenze di sicurezza degli Istituti: basti pensare agli standard degli spazi abitativi, solo per fare un esempio.

Difficilmente si riescono ad imporre, quindi, gli stessi standard di qualità previsti per le strutture pubbliche e private.

La dipendenza gerarchica del Medico Incaricato dal Direttore dell'Istituto può favorire la scelta di medici collaboranti con la Direzione e, a volte, francamente compiacenti.

La conseguenza è la confusione tra i principi ispiratori dell'Assistenza Sanitaria con quelli del controllo e della sicurezza dell'Istituto.

Le problematiche conseguenti rendono particolarmente difficile garantire ai cittadini reclusi (fatto salvo le dovute eccezioni) lo stesso livello di assistenza che ricevono i cittadini liberi.

Situazione successiva al D.L. 230/99

Il D.L. 230/99 prevede il passaggio progressivo dell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria al SSN. In fase di prima attuazione del Decreto, sono state trasferite al SSN le funzioni relative alla Prevenzione e alla Tossicodipendenza.

Il trasferimento delle restanti funzioni è differito alla conclusione di una fase sperimentale ancora in svolgimento presso tre Regioni campione individuate con decreto interministeriale 20 aprile 2000 (Toscana, Lazio, Puglia).

Il parziale trasferimento delle funzioni al SSN a partire dal 1.01.2000 ha determinato una duplice interpretazione delle funzioni trasferite.

Secondo una **interpretazione più restrittiva**, dal 1.01.2000 sarebbero trasferite al SSN la cura degli stati di Tossicodipendenza e le attività di Prevenzione.

Sarebbero a carico dell'ASL, in pratica, gli interventi di diagnosi e cura della Tossicodipendenza e la sorveglianza igienica dell'Istituto, restando sotto la responsabilità del SSP la cura della salute globale delle persone (anche tossicodipendenti) e gli interventi concreti di igiene e profilassi.

Secondo una **interpretazione più ampia** del D.L. 230/99, dal 1.01.2000 è stata trasferita al SSN l'**Assistenza Sanitaria globale dei soggetti Tossicodipendenti e la titolarità della sorveglianza e degli interventi di Igiene e Profilassi**.

Questa seconda interpretazione è l'unica in realtà che apporta delle novità sostanziali rispetto alla L. 309/90, estendendo la competenza delle ASL sulla persona tossicodipendente (e non sulla condizione di tossicodipendenza), comprese le malattie correlate come l'infezione d HIV, l'epatite, i problemi psichiatrici ecc.

Per quanto concerne le attività di Prevenzione l'ASL non dovrebbe limitarsi a fare delle relazioni sulla base delle visite semestrali all'interno degli Istituti, ma dovrebbe adoperarsi per concretizzare gli

interventi, anche dando disposizioni al personale sanitario penitenziario.

Di fatto il D.L. 230/99 è stato applicato nella sua interpretazione più restrittiva per una resistenza culturale ad un reale cambiamento, dando luogo ad un pericoloso vuoto di responsabilità: chi risponde della salute del detenuto tossicodipendente o dell'igiene ambientale carente?

La ASL che dalla L. 230/99 viene indicata come titolare o i Medici Penitenziari che continuano a gestire la Sanità Penitenziaria?

Il parziale trasferimento delle funzioni sanitarie dal SSP al SSN determina una situazione ibrida assolutamente pericolosa, più della condizione precedente al D.L. 230/99, quando almeno erano chiare le responsabilità del Medico Incaricato e del Direttore dell'Istituto.

Piano Sanitario Nazionale e progetto triennale

L'art. 5 del decreto legislativo 230/99 prevede, nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale, un Progetto Obiettivo triennale, approvato con Decreto Interministeriale del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, che fornisca alle Regioni e alle Province autonome indicazioni e obiettivi per l'esercizio delle funzioni in materia individuando: gli indirizzi specifici finalizzati al miglioramento del Servizio Sanitario offerto ai detenuti; i modelli organizzativi dei Servizi Sanitari; la formazione specifica per gli operatori nel quadro della Medicina Penitenziaria; le linee guida finalizzate a sviluppare negli Istituti le modalità di valutazione e revisione sistematica dell'Assistenza Sanitaria; gli obiettivi da raggiungere nel triennio.

L'attuale Progetto Obiettivo, approvato con Decreto Interministeriale del 21 aprile 2000, individua quali aree principali d'intervento: la Medicina Generale; Specialistica, Farmaceutica, d'Urgenza, con particolare riferimento all'Assistenza ai Tossicodipendenti, le Malattie Infettive, la Salute Mentale.

Per quanto concerne i modelli organizzativi, il progetto obiettivo lascia ampia autonomia alle Regioni, limitandosi a fornire indicazioni sulla base della popolazione dei singoli Istituti (numero di detenuti) e consistenti, in linea di massima, nella previsione, presso ogni ASL, di un Servizio Sanitario Multidisciplinare o Dipartimentale diretto da un Dirigente Medico.

Sulla base delle informazioni e dei dati disponibili, le ASL predispongono programmi mirati di Educazione alla Salute, con particolare attenzione alle Malattie Infettive e parassitarie, alla prevenzione della Tossicodipendenza, della sofferenza mentale, dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e dell'alcolodipendenza, sensibilizzando i detenuti stessi e coinvolgendo gli operatori Sanitari e Penitenziari.

Accordo quadro tra la Regione Lombardia ed il Ministero della Giustizia

Nell'aprile 2003 il Presidente della Regione Lombardia ed il Ministro della Giustizia hanno firmato un atto di intesa che, tra le varie aree affronta l'argomento dell'Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari.

In tale documento le parti riconoscono il diritto alla salute quale diritto inalienabile, e si impegnano a garantirlo a tutti i soggetti in condizioni di restrizione della libertà.

Pur prendendo atto dell'incertezza normativa relativa al passaggio della Medicina Penitenziaria al SSN, previsto dal D.L. 230/99, le parti si sono impegnate a predisporre quanto necessario per l'individuazione di modalità e forme di collaborazione che tengano conto delle indicazioni del D.M. 21 aprile del 2000, con particolare riferimento alle attività connesse ai settori della Prevenzione e Tossicodipendenza già transitati al SSN ed in attuazione alle previsioni di cui al punto 3.2 del Progetto Obiettivo.

A tal fine le parti solleciteranno la stabilizzazione della rete d'intervento di assistenza in forma organizzata e strutturata.

Problematiche aperte

È necessario che il trasferimento di competenze sia accompagnato da un reale trasferimento delle risorse finanziarie al SSN e quindi alle ASL.

Per i detenuti provenienti da altre regioni è necessario organizzare la forma di rimborso delle prestazioni, dal momento che i reclusi mantengono l'iscrizione al SSN nella ASL di ultima residenza prima della detenzione.

Dovranno essere regolamentati i rapporti con la Direzione del Carcere e con la Polizia Penitenziaria chiarendo che le Attività Sanitarie non sono assoggettabili alle esigenze di sicurezza, anche se devono necessariamente con esse rapportarsi.

Una volta chiarito il ruolo e la responsabilità dell'ASL, sarà necessario predisporre procedure operative che tengano conto delle numerose variabili che nel contesto carcerario si trovano a cooperare.

Conclusioni

Ad eccezione di alcune realtà locali, l'Assistenza Sanitaria in Carcere non garantisce i livelli essenziali di assistenza.

Anche se il DL 230 affida alle ASL l'assistenza de Tossicodipendenti e le attività di Prevenzione, l'incertezza del completo passaggio delle funzioni sanitarie al SSN ha determinato una pericolosa fase di transizione in cui non sono ancora chiari i ruoli e le responsabilità.

Il Progetto Obiettivo Triennale (del 21 aprile del 2000) sembra uno strumento adeguato per affrontare il problema ma sono necessari dei protocolli attuativi che declinino in modo preciso e puntuale ruoli, responsabilità ed azioni.

Il trasferimento del SSP al SSN sembra una tappa doverosa per abolire il divario esistente tra gli standard dell'Assistenza in Carcere rispetto all'Assistenza Sanitaria sul territorio.

Occorre tuttavia considerare:

- **la specificità dell'ambiente penitenziario e delle regole della sicurezza** che vanno gestite con personale esperto, anche valorizzando il patrimonio di esperienza del personale penitenziario già in servizio (Medici, Infermieri, Tecnici), che però va inserito nell'articolazione gerarchica dell'ASL e non della Direzione dell'Istituto;
- **sarebbe opportuno, anche in caso di trasferimento totale delle funzioni sanitarie al SSN mantenere alcuni meccanismi d'incattivazione dei professionisti che operano in Carcere**, anche attraverso la possibilità di lavoro a tempo definito e compatibile con altri incarichi all'esterno del Carcere. Ciò eviterebbe l'isolamento culturale ed il *burn-out* cui inevitabilmente dopo qualche anno il personale andrebbe incontro;
- **la costituzione in ogni singola ASL di strutture organizzate**, a seconda della dimensione e della complessità dell'Istituto, in modo da garantire una gestione snella sulla base delle specifiche esigenze del Carcere, evitando pericolosi percorsi burocratici che sarebbero inadeguati e deleteri in un sistema che ha bisogno di interventi rapidi ed efficaci;
- **l'integrazione degli interventi sanitari con le unità di offerta del Privato Sociale** per promuovere e realizzare con maggior efficacia programmi di riabilitazione e reinserimento sociale. ✍

Riferimenti legislativi

- Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà).
- Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419).
- DPR 30 giugno 2000, n. 230 (regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà personale).
- D.M. sanità 21 aprile 2000 (Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario).
- Accordo quadro della regione Lombardia ed il Ministero della giustizia.

L'Assemblea Nazionale di FeDerSerD ha nel mese di maggio 2003 modificato parti dello Statuto nazionale, anche a seguito della definizione del regolamento delle Federazioni regionali.

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

S T A T U T O

ART. 1 NOME

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

ART. 2 SEDE

La Federazione ha sede legale in Grosseto, viale Europa 11/B.
La Federazione ha sedi periferiche regionali o sovra-regionali, come deliberato dal Consiglio e ratificato in Assemblea.

ART. 3 SCOPO

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

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

ART. 4 COMPONENTI DELLA FEDERAZIONE

4.1 Tipologia dei Soci

La Federazione ha tre tipi di Socio: Ordinario, Onorario, Sostenitore.

Il Consiglio ha la responsabilità di approvare le richieste di iscrizione alla Federazione.

4.2 Socio Ordinario

Operatori direttamente impegnati nell'assistenza ai dipendenti da sostanze o da comportamenti addittivi, pubblici o privati, nonché studiosi della materia, pur-

ché residenti in Italia, possono diventare Socio Ordinario.

La domanda di ammissione viene inoltrata direttamente al Segretario Esecutivo della Federazione o attraverso le Federazioni regionali, ove costituite.

Tutti i Soci Ordinari possono ricoprire cariche della Federazione.

4.3 Socio Onorario

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

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

4.4 Socio Sostenitore

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

ART. 5 PATTI FEDERATIVI

Alla Federazione possono aderire, con un Patto Federativo, Associazioni, Onlus, Fondazioni, Gruppi formalizzati, che operano nel settore delle dipendenze.

Le modalità federative sono fissate dal Consiglio e approvate dalla Assemblea.

ART. 6 QUOTE DI ISCRIZIONE

Il Consiglio stabilisce l'ammontare delle quote annuali.

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

ART. 7 DURATA DELLA FEDERAZIONE

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

ART. 8 CONGRESSI

a) Congresso Nazionale

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

b) Riunioni ed altre attività congressuali

La Federazione può tenere Simposi, Congressi e Convegni.

Inoltre può sponsorizzare e partecipare ad altre iniziative analoghe promosse da altre Associazioni.

ART. 9 ATTIVITÀ EDITORIALE

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

ART. 10 VOTAZIONI

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

ART. 11 ORGANI DELLA FEDERAZIONE

Sono organi della Federazione:

- a) L'Assemblea dei soci.
- b) Il Consiglio Direttivo.
- c) Il Presidente.
- d) Il Vice Presidente.
- e) Il Segretario Esecutivo.
- f) Il Tesoriere.
- g) Il Comitato Etico Scientifico.
- h) Il Collegio dei Revisori dei Conti.

ART. 12 L'ASSEMBLEA DEI SOCI

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

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

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

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

In seconda convocazione la deliberazione è assunta validamente a maggioranza, qualunque sia il numero degli intervenuti.

Per le deliberazioni concernenti lo scioglimento della Federazione, la devoluzione del patrimonio, occorrerà, sia in prima che in seconda convocazione, il voto favorevole della maggioranza di tutti i soci.

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

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

ART. 13 CONSIGLIO DIRETTIVO

La Federazione è retta ed amministrata dal Consiglio Direttivo, costituito da un minimo di 7 (sette) Consiglieri, ad un massimo di 21 (ventuno), eletti dall'Assemblea a scrutinio segreto, oltre a Presidente, Vicepresidente e Segretario Esecutivo, nominati ai sensi degli articoli 14, 15 e 16.

Durano in carica tre anni e possono essere rieletti. Il Consiglio è investito dei poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della Federazione, tra cui:

- a) assicurare il conseguimento degli scopi della Federazione;
- b) convocare le Assemblee;
- c) deliberare l'ammissione dei nuovi soci ed adottare i provvedimenti di esclusione;
- d) eleggere il Presidente;
- e) eleggere il Vice Presidente;
- f) nominare i componenti del Comitato Etico Scientifico;
- g) nominare il Segretario Esecutivo;
- h) nominare il Tesoriere;
- i) approvare i bilanci preventivo e consuntivo predisposti dal Segretario Esecutivo;
- j) emanare regolamenti e norme per l'organizzazione ed il funzionamento della Federazione;
- k) acquistare ed alienare beni mobili ed immobili, accettare eredità e legati, determinare l'impiego dei contributi, delle erogazioni e dei mezzi finanziari a disposizione della Federazione;
- l) stabilire l'ammontare delle quote associative per i singoli esercizi;
- m) autorizzare l'istituzione delle Federazioni regionali e interregionali;
- n) deliberare su ogni questione inerente la vita associativa.

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

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

ART. 14 PRESIDENTE

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

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

4.2 Presidente Onorario

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

ART. 15 VICEPRESIDENTE

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

Presiede il Comitato Etico Scientifico.

ART. 16 SEGRETARIO ESECUTIVO

Il Segretario Esecutivo viene nominato dal Consiglio su proposta del Presidente, tra i Consiglieri stessi. È responsabile della conduzione economica della Federazione, predispone per l'approvazione i bilanci preventivo e consuntivo.

Coadiuvato il Presidente, in particolare nei compiti previsti negli articoli 4, 12 e 13.

ART. 17 TESORIERE

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

ART. 18 COMITATO ETICO SCIENTIFICO

È presieduto dal Vice Presidente, ed è composto dai Coordinatori dei Comitati Tecnici Scientifici regionali (ove costituite le Federazioni) e da Esperti del settore (da un minimo di tre ad un massimo di sette), nominati dal Consiglio Direttivo.

Il Comitato Etico Scientifico si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- a) pareri sul programma di attività della Federazione;
- b) elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività;
- c) pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Consiglio Direttivo;
- d) indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello nazionale.

Inoltre si riunisce quando ricorrono i presupposti di cui all'art. 7.

ART. 19 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

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

Ad esso spetta il compito di:

- a) controllare la gestione contabile della Federazione e effettuare accertamenti di cassa, redigere collegialmente la relazione sui bilanci preventivo e consuntivo da presentare all'Assemblea;
- b) vigilare sull'osservanza delle norme statutarie. I revisori partecipano all'Assemblea che approva il bilancio ed hanno il diritto di assistere alle riunioni del Consiglio Direttivo.

ART. 20 BILANCI

L'esercizio sociale va dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno. Alla fine di ciascun esercizio il Consiglio Direttivo procederà alla redazione del bilancio da presentare per l'approvazione, unitamente al programma delle attività per il nuovo esercizio ed al preventivo delle spese, alla Assemblea da convocarsi entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio. Dalla data di convocazione, bilancio e programma verranno depositati presso la sede della Federazione a disposizione degli associati che intendessero consultarli.

ART. 21 AVANZI DI GESTIONE

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

ART. 22 COMMISSIONI E GRUPPI DI LAVORO

Il Consiglio può nominare Commissioni scegliendo i membri tra i Soci per l'attuazione di speciali programmi definendo compiti e funzioni. Il Consiglio Direttivo può istituire gruppi sovregionali di lavoro, allo scopo di organizzare soci interessati ad approfondire particolari tematiche. Il Presidente, sentito il parere del gruppo e del Consiglio Direttivo, nomina il coordinatore, che riferisce al Consiglio Direttivo almeno una volta all'anno sulle attività del gruppo.

È obbligatoriamente costituita la sezione Formazione, con il compito di promuovere e organizzare le attività formative nel settore, rivolte ad associati ed interessati.

ART. 23 EMENDAMENTI

Per proposta approvata da almeno la metà più uno dei Soci Ordinari in prima convocazione assemblea-

re e dalla maggioranza degli intervenuti in seconda convocazione assembleare, il presente Statuto può essere emendato in tutto o in parte.

ART. 24 PATRIMONIO

Il patrimonio della Federazione è costituito da:

- beni immobili e mobili che diverranno proprietà della Federazione;
- fondi derivanti da eccedenze di bilancio;
- donazioni, legati, lasciti.

ART. 25 PROVENTI

I proventi con cui provvedere alla attività ed alla vita della Federazione sono costituiti da:

- a) quote associative;
- b) redditi dei beni patrimoniali;
- c) erogazioni e contributi di cittadini, enti pubblici e privati, società ed associazioni;
- d) eventuali entrate per servizi prestati dalla Federazione.

ART. 26 FEDERAZIONI REGIONALI

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

26.1 Soci

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

26.2 Istituti e Cariche

26.2.1 Presidente

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

26.2.2 Segretario

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

26.2.3 Comitato Direttivo

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

26.2.4 Assemblea

È formata da tutti i soci. Viene riunita dal Presidente almeno una volta l'anno. La riunione è valida se è presente la metà dei soci. In seconda convocazione, si procede a maggioranza.

Elegge il Comitato Direttivo. Approva il bilancio economico e i programmi scientifici e culturali futuri della Federazione regionale.

26.2.5 Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico ha un Coordinatore nominato dal Comitato Direttivo ed è composto da un massimo di cinque membri.

Si riunisce almeno una volta all'anno per esprimere le seguenti funzioni:

- a) pareri sul programma di attività della Federazione Regionale;
- b) elaborazioni di proposte per lo sviluppo delle attività a livello regionale;
- c) pronunciarsi su argomenti che gli sono proposti dal Presidente e dal Comitato Direttivo della Federazione Regionale;
- d) indirizzare le attività editoriali della Federazione a livello regionale.

ART. 27 SCIoglimento

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

ART. 28 RICHIAMI DI LEGGE

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

Presentato alla Reggia di Caserta il 19 settembre il Documento comune FeDerSerD-CNCA-FICT: nel settore delle dipendenze Pubblico e Privato insieme *Essenziale costituire un Dipartimento delle Dipendenze in ogni ASL*

La Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD), il Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA) e la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) hanno presentato **venerdì 19 settembre, alle ore 11.30, il documento congiunto per la realizzazione di un sistema di intervento integrato che riunisca i soggetti pubblici e quelli privati accreditati per il contrasto alla droga.**

Alla Conferenza stampa, avvenuta all'interno dell'affollato Convegno "Addiction. Quale domani" promosso da FeDerSerD presso la Reggia di Caserta, sono intervenuti i presidenti delle tre organizzazioni firmatarie - **Alessandro Coacci** (FeDerSerD), **Lucio Babolin** (CNCA) e **don Egidio Smacchia** (FICT) - che hanno illustrato i contenuti del documento e, nel contempo, analizzato i numerosi problemi sul tappeto nel campo delle politiche per le tossicodipendenze.

Importante l'intervento del Prefetto **Pietro Soggiu**, Commissario di Governo per le politiche sulla droga, che sin dall'inizio ha seguito attentamente questa iniziativa ed ha sollecitato lo sviluppo su questa proficua strada.

Lo spirito che ha animato l'intero processo di confronto tra le tre organizzazioni sopra citate è ben esplicitato in questo passaggio del documento, ricordato dal segretario esecutivo

nazionale di FeDerSerD **Alfio Lucchini**: "Per la costruzione di una azione preventiva, terapeutica e riabilitativa congruente è indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie e organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici e privati accreditati abbiano una effettiva pari titolarità".

FeDerSerD, CNCA e FICT hanno sottolineato la **fondamentale importanza della istituzione del Dipartimento delle Dipendenze in ogni Azienda Sanitaria Locale**, per garantire un sistema integrato di prevenzione, cura e diritto alla salute delle persone tossicodipendenti. Un Dipartimento autorevole, che svolga funzioni di programmazione, coordinamento e verifica degli interventi, che garantisca efficienza ed efficacia delle azioni, con costi e modalità compatibili con l'assetto complessivo del servizio sanitario regionale, nella congruità con la rilevazione della domanda.

Ma, diverse questioni generali - a giudizio delle tre organizzazioni firmatarie - vanno affrontate con urgenza:

- **L'applicazione delle Intese Stato-Regioni del 1999** - sull'accREDITAMENTO del sistema di intervento e sui modelli organizzativi - appare complessivamente deficitaria ed incerta in molte Regioni italiane.

- **L'annullamento da parte della Corte Costituzionale del decreto del giugno 2002** di disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le dipendenze delle ASL lascia comunque irrisolti i problemi di rapporto tra gli organi centrali e decentrati dello Stato.

- Le **disomogeneità regionali e territoriali** devono essere ricondotte ad unità partendo dal riconoscimento pieno ed intelligente dei Livelli Essenziali di Assistenza sia sanitari sia sociali - questi ultimi ancora in attesa di emanazione.

- L'evidenza che, di fronte alla sempre più articolata e diffusa presenza di sostanze vecchie e nuove tra giovani e meno giovani, il sistema di intervento formato dal servizio pubblico e dagli enti del privato sociale soffre crescenti difficoltà, deve richiamare lo Stato e le Istituzioni ai vari livelli a **considerare il tema del contrasto della diffusione delle droghe al centro di politiche di prevenzione, cura e reinserimento sociale.**

Durante la Conferenza stampa ha preso la parola l'on. **Giuseppe Lumia**, profondo conoscitore delle problematiche di settore.

Il testo del documento è stato pubblicato sul numero 6 di Mission.



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 (Tesoriere),
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Guido Faillace,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste,
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'accogliimento 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 Favorevole Sfavorevole Firma _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____