

Congresso Interregionale
Uso, Abuso, Dipendenza
Interventi introduttivi di
Roberto Cataldini e Donato Donnoli 1

FeDerSerD/DOCUMENTI

Gravità e intensità assistenziale.
Modelli di integrazione a confronto
a cura della Commissione Nazionale
di FeDerSerD "Dipendenze e Psichiatria" 3

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Il welfare sostenibile e i percorsi
dell'integrazione
Norberto Pentiricci, Cristina Donati Sarti 21

Giovani, salute ed esperienze
di prevenzione
Alessandro Coacci 26

Alcol e guida: la prevenzione su base
telematica
G. De Luca, A. Meconi, M. Torriani, C. Elli,
A. Gasparetti, F. Sinibaldi, M. Censi,
A. Lucchini 29

Orientamento alla scelta della terapia
agonista nella dipendenza da oppiacei
Ernesto de Bernardis, Lina Busà 33

Epatite C: diagnosi e follow up
biologico
Jean-Dominique Poveda,
Maria Grazia Marin 41

RECENSIONI 32

EVENTI SCIENTIFICI

Terzo Congresso Internazionale
"Safer Opinions in the Treatment of
Opioid Dependence - Understanding
Buprenorphine (Roma 26-28 aprile
2004) 45

DIBATTITO SCIENTIFICO

Proposta di organizzazione e sistemi
di valutazione del Dipartimento
delle Dipendenze
Pietro Fausto D'Egido 48

FeDerSerD/FORMAZIONE

Corsi di autunno 54
Comunicato stampa FeDerSerD 54

ORGANIZZAZIONE

Regolamento elettorale Congresso
FeDerSerD 55
Convocazione Assemblea FeDerSerD 55
Annuncio Programma Congresso
Firenze 17-20 ottobre 2004 55

NOTIZIE IN BREVE

Ricordo di Clorinda Minerva 53
Incontro FeDerSerD-ACUDIPA 54

Mission

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



Uso, abuso, dipendenza L'etica di agire e i modelli di azione tra complessità e integrazione

Gli interventi introduttivi di Roberto Cataldini e Donato Donnoli al Congresso Interregionale Puglia e Basilicata "USO, ABUSO, DIPENDENZA - L'etica di agire e i modelli di azione tra complessità e integrazione" tenutosi a Bari il 25 e 26 giugno scorsi aprono questo numero di Mission. Un evento molto importante per FeDerSerD, e per gli operatori in Regioni che vivono una straordinaria ricchezza di capacità e competenze scientifiche in una situazione operativa difficile. La partecipazione di oltre 200 operatori, di relatori qualificati e l'intervento di autorità regionali, tra cui l'assessore pugliese alla sanità Salvatore Mazzaracchio, ha permesso di focalizzare, come è regola per FeDerSerD, gli aspetti sia scientifici che istituzionali. L'impegno in Puglia e Basilicata di FeDerSerD è stato confermato dal raggiungimento dei 150 iscritti alla Federazione nelle due Regioni e dalla definizione degli organismi dirigenti locali.

Questo Convegno si propone di affrontare in forme semplici e articolate alcuni aspetti significativi di lavoro e di esperienza proprie delle diverse professionalità impegnate nella prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con comportamenti di uso, abuso e di dipendenza patologiche.

Riuscire a cogliere la complessità di così varie e contrastanti espressioni umane di disagio e di malattia, tanto laceranti per l'esistenza individuale e sociale, per quanto spesso misconosciute, negate o ancor più banalizzate, ci richiama allo sforzo di costruire comportamenti professionali improntati a reali e coerenti modelli operativi.

Modelli non arbitrari e autoriferiti, ma modelli che abbiano riferimenti certi e chiari sulla base delle conoscenze e delle esperienze cliniche basate sulla evidenza scientifica.

Un sistema di lavoro per la tutela della salute che avendo al centro la persona e la società non può prescindere dalla necessità di integrare le sue diverse componenti e le varie tecniche di intervento di cui ogni professionalità operante nel settore è al contempo depositaria e interprete.

Questo nostro ruolo all'interno delle politiche, delle strategie e dell'organizzazione del sistema di intervento nelle dipendenze patologiche, rimanda obbligatoriamente a responsabilità di scelte e di azioni che non possono essere casuali e occasionali, ma riferite a un sistema di valori etici e deontologici.

Proprio per queste valutazioni connettere coerentemente in un sistema di cure complessità e integrazione non significa soltanto dare risposte sulla base delle conoscenze e delle esperienze maturate e riconosciute scientificamente valide, ma, soprattutto, affermare e consolidare nelle forme di azione e nei modelli comportamentali del nostro operare un senso e un significato etico che riescano a dare valore alle risposte di prevenzione, cura, riabilitazione che possiamo pensare, progettare e realizzare.

Queste le premesse che ci hanno spinto, in questi giorni, a volere e cercare di sviluppare una riflessione, certamente non esaustiva, che possa delineare una traccia possibile di valido percorso e di ipotesi di lavoro per rispondere alle aspettative delle tante risorse umane e professionali che operano nelle nostre regioni.

Aspettative rese ancor più forti nei loro richiami, anche per le diffuse difficoltà e a volte, purtroppo, per le disaffezioni o per il personalismo ed egoismo verso questo nostro lavoro, considerando proprio ancora oggi lo svantaggio di ritardi, di stratificazioni organizzative e decisionali, di scelte amministrative e di politica sanitaria, casuali, approssimative e confuse, che di fatto escludono e non rendono evidenti il ruolo e la collocazione che all'interno del sistema sanitario regionale dovrebbero avere le strutture e i dipartimenti delle dipendenze patologiche. Lungo è ripercorrere tappe e attuali evoluzioni ed ipotesi che ad oggi si affacciano sul destino dei servizi nella nostra regione, considerando anche i recenti atti politici e di indirizzo ancora non chiaramente

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO III, 2004 - N. 10

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
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione
Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30 giugno 2004

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.000 copie



EDITORIALI

esplicitati, non ultimo la legge di bilancio e di previsione finanziaria 2004-2006 che neanche menziona i nostri servizi.

Vorrei soltanto in questa sede richiamare l'attenzione sul fatto che semplicemente si autoriconferma la non esistenza "di fatto" dei Ser.T. come sistema operativo riconosciuto e ben definito, ma solo come territorio di "non appartenenza", zona ostile e disagiata di confine in cui ognuno pensa e opera magari con dispendio delle risorse complessive, non solo umane e professionali, ma soprattutto finanziarie ed economiche.

Un sistema e una realtà escluse, in cui ogni complessità e difficoltà rischiano di disperdersi senza ottenere utili e valide risposte, dove ogni possibile discorso sulla integrazione rischia di frastagliarsi in inutili contrapposizioni e speculazioni.

Tutto questo a fronte di reali problemi e di bisogni che investono profondamente e, talora, in modo devastante la nostra società regionale.

Ruolo e compiti per cui una società e federazione scientifica come è FeDerSerD non può prescindere da questo richiamo, umile e modesto, ma altrettanto chiaro e deciso.

Proprio per questo abbiamo pensato di articolare le tracce e gli spunti che animeranno questo Convegno in due semplici cornici.

In primo luogo, l'"etica di agire", pensando a come noi possiamo e dobbiamo riuscire a tradurre in utili e valide risposte normative ed operative non solo le conoscenze e le evidenze scientifiche, ma anche le risorse umane e professionali di cui disponiamo e che agiscono nell'intero sistema di cura pubblico e privato delle dipendenze.

Quindi, i "modelli di azione", immaginando di tracciare un plausibile e interessante percorso sugli aspetti sostanziali e reali del nostro lavoro che spazia e si interseca con conoscenze e tecniche estremamente varie e differenziate, ma che, proprio per questo, ogni singolo professionista, al di là della propria personale specificità, non può trascurare nella essenziale unitarietà e coerenza se intende superare frammentarietà e occasionalità di intervento.

Un vivo e sincero ringraziamento a tutti i presenti e a tutti coloro che hanno insieme a noi, Direttivo Nazionale, in queste nostre regioni costruito e atteso con benevola pazienza questo momento di lavoro e, ci auguriamo, di positiva affermazione anche nel nostro settore del diritto per il cittadino a strutture sociosanitarie territoriali di sempre maggiore qualità ed efficacia. ✍

Roberto Cataldini

Direttivo Nazionale FeDerSerD
Responsabile Regione Puglia

Il titolo che abbiamo voluto dare a questo Convegno tiene conto, in accordo con la "mission" di FeDerSerD, del lavoro fatto e da continuare a fare nel settore delle dipendenze patologiche che, oltre a riferirsi ad acquisizioni e saperi scientificamente consolidati, presenta caratteristiche particolari quali la complessità del campo di azione, la relativa velocità nei cambiamenti degli scenari e la conseguente necessità di produrre risposte ed interventi coerenti ed efficaci.

I recenti progressi nella conoscenza del funzionamento del sistema nervoso centrale (inclusa sia la neurobiologia che i campi della psicologia e della psichiatria) hanno permesso di migliorare gli aspetti diagnostici e terapeutici delle patologie legate all'uso delle sostanze psicoattive in grado di generare dipendenza.

È da tenere presente, del resto, che il fenomeno droga tende sempre ad adeguarsi a nuovi contesti sociali ed a nuove tendenze comportamentali che impongono, in relazione, ad esempio, ai "cosiddetti" nuovi consumi di sostanze (nuove droghe, poliassuntori, sperimentatori, ecc.), un rimodellamento dei Servizi, puntando, da un lato, alla continuità ed al miglioramento degli interventi e dei trattamenti già collaudati, e dall'altro, all'attivazione delle risorse utili per affrontare, con un approccio culturale diverso e costante attenzione, i nuovi fenomeni d'abuso.

La Puglia e la Basilicata, pur nelle loro diversità territoriali, stanno sviluppando modelli di intervento per fare fronte alle diverse esigenze.

È importante, perciò, rendere chiara la necessità dell'incontro (per una vera azione preventiva, terapeutica e riabilitativa) di tutte quelle metodologie e di tutte quelle organizzazioni che si riconoscono in una rete comune di attività, con linguaggi condivisi e fattivi.

In un passo del bel libro "Psiche e Techne" di Umberto Galimberti è possibile leggere come l'uomo sia costretto a prodursi come inventore (*heurethés*) perché, a differenza degli altri animali, nella natura è senza risorse (*à-poros*).

L'uomo, grazie alla tecnica, intesa come *ragione calcolante*, diventa *pànto-poros*, cioè padrone dei rimedi (*pòroi*) che non sono fortuiti e casuali, ma calcolati e riproducibili.

Queste considerazioni ci rendono ragione della necessità di individuare modelli di azione che tengano conto della complessità del nostro campo di interesse e della necessaria integrazione.

Certo, le difficoltà, nel nostro quotidiano, permangono ed io mi ritrovo in pieno con le pacate, ma risolutive riflessioni dell'amico Cataldini: vi sono ritardi ed, a volte, scarse attenzioni verso il nostro ambito che bisogna sanare al fine di attuare un vero rilancio delle tante potenzialità e delle buone attività già svolte.

Per questo motivo occorre ribadire la necessità della affermazione dell'"etica di agire".

È una necessità che riguarda senz'altro noi, nel nostro comune lavoro, ma anche quelle istituzioni regionali (verso le quali noi poniamo la massima attenzione) che hanno importanti e vitali compiti programmatici e di indirizzo nel nostro settore.

Come sappiamo, l'etica non è una scienza teorica, ma una scienza pratica: è rendere al meglio il carattere (*èthos*) delle cose e delle persone.

Questa "ricerca del meglio" deve informare, sempre di più, la nostra attività.

È questo l'augurio che faccio a tutti noi. Buon lavoro. ✍

Donato Donnoli

Direttivo Nazionale FeDerSerD
Responsabile Regione Basilicata

Linee di consenso della sessione nel Congresso tematico nazionale di FeDerSerD "Le forme della integrazione", Milano 8 e 9 marzo 2004

Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto

a cura della Commissione Nazionale di FeDerSerD "Dipendenze e Psichiatria"*

La comorbilità psichiatrica come complessità nel trattamento riabilitativo integrato

Relativamente alla comorbilità psichiatrica, associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, la letteratura scientifica nazionale e internazionale non è concorde rispetto alla quantificazione della sua prevalenza a causa delle diverse popolazioni selezionate negli studi (classe di sostanza psicoattiva d'abuso, sesso, età e setting di trattamento) e dei diversi metodi applicati per la rilevazione delle diagnosi (momento di diagnosi, criteri di diagnosi e procedure di assessment).

Ma, in ogni caso, è riconosciuto che una percentuale significativa di dipendenti da sostanze psicoattive presenta una comorbilità psichiatrica per disturbi dell'Asse I del DSM IV nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi, dell'alimentazione e del controllo degli impulsi, ed inoltre è segnalata anche un'elevata copresenza di tratti o disturbi di personalità, in particolare dei disturbi del cluster B dell'Asse II del DSM IV (disturbo di personalità antisociale, borderline e narcisistico). In realtà, nella pratica clinica quotidiana all'interno del Ser.T. e delle Strutture del Dipartimento per le Dipendenze (Sistema delle Dipendenze) si evidenzia sempre di più un legame diversificato tra l'abuso delle sostanze psicoattive e la comorbilità psichiatrica associata sia come disturbi psichiatrici in asse I del DSM IV che come disturbi di personalità in Asse II. Si rileva come l'abuso si accompagni o segua la comparsa di disturbi psichiatrici, producendo quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili; questi disturbi sono rappresentati sia dalla comorbilità vera che dalla comorbilità spuria (disturbi indotti); questi disturbi indotti normalmente scompaiono alla sospensione delle sostanze psicoattive, ma in alcuni casi permangono come disturbi residui (disturbo mentale organico indotto).

Il programma riabilitativo integrato

Il trattamento riabilitativo integrato, gestito dall'équipe pluriprofessionale del Servizio, è opportuno che sia costituito da diverse fasi di intervento (Programma Stadiale) e gestito in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale.

* **Redazione a cura di Ezio Manzato e Maurizio Fea.**
Commissione nazionale "Dipendenze e Psichiatria" di FeDerSerD:
Ezio Manzato, Maurizio Fea, Roberto Cataldini, Giorgio Serio, Giorgio Rebolini.
Sono intervenuti con relazioni alla Consensus: Maurizio Fea, Ezio Manzato, Roberto Cataldini, Laura Tidone, Pier Paolo Pani, Teresa Marzocchi, Maurizio Mirandola, Antonio Mosti, Vincenzo Caprino.

È opportuno preveda:

I FASE - Accoglienza-Diagnosi, sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico: valutazione clinica multidimensionale e dinamica (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica e socioambientale secondo il DSM IV); valutazione con questionari, scale di valutazione ed indagini psicodiagnostiche (ASI, MAC/E/A, MALT, WANG, CIWA AR, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, FRT, MMPI 2, TCI, SCID P e II, VGF, CGI, Effetti Indesiderati, Reazioni Avverse, Questionario di Soddisfazione, ...); valutazione con tecniche strumentali (esami bioumorali e chimicotossicologici, ECG, EEG, Rx Torace, ECO Addome, ...).

Le procedure operative della fase di accoglienza-diagnosi e di quelle successive di trattamento e follow-up devono essere effettuate dall'équipe pluriprofessionale curante in tempi prestabiliti da uno Schema Procedure e Strumenti.

II FASE - Stabilizzazione o Disintossicazione rapida, sviluppata con un protocollo presso l'ambulatorio o il day hospital (ambulatorio integrato) del Servizio, mediante diverse tecniche terapeutiche coordinate: trattamento di stabilizzazione o disintossicazione, delle patologie correlate, della comorbilità psichiatrica e induzione del trattamento di prevenzione della ricaduta, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e/o familiare e supporto psicologico.

III FASE - Trattamento Riabilitativo Integrato di Prevenzione della Ricaduta, sviluppato, mediante un programma riabilitativo integrato a medio o lungo termine (socioriabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico) ambulatoriale, territoriale, semiresidenziale e residenziale, in coordinamento e collaborazione con il Sistema delle Dipendenze: Ser.T., Servizi Socio Sanitari Territoriali (Servizio Inserimento Lavorativo, Consultorio Familiare, Dipartimento di Salute Mentale, ...), Unità Operative Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Strutture Riabilitative, Residenziali e Semiresidenziali, Gruppi di Auto Aiuto e Associazioni di Volontariato Sociale presenti nel territorio. Le tecniche terapeutiche coordinate previste sono: trattamento di prevenzione della ricaduta, della comorbilità psichiatrica e delle patologie correlate, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna e inserimento lavorativo e sociale.

IV FASE - Follow-up, sviluppato mediante un protocollo di valutazione basato sulla valutazione clinica multidimensionale, su questionari, scale di valutazione e indagini psicodiagnostiche e su tecniche strumentali, ai tempi prestabiliti (1°, 3°, 6°, 12°, 18° e 24° mese durante il trattamento di riabilitazione/prevenzione della ricaduta).

V FASE - Fine programma, gestito in accordo con il paziente, la famiglia e il Servizio e/o la Struttura Riabilitativa.

La diagnosi

La diagnosi e il sistema di cura

La diagnosi è caratterizzata da una relazione essenziale tra il paziente, il curante e il trattamento, che costituiscono gli elementi del Sistema di Cura (Sistema di Assistenza).

Nella scelta della modalità diagnostica per un paziente, possono essere utilizzate tre possibili strategie per facilitare la presa di decisioni:

- Il medico utilizza il sistema diagnostico proprio o della Struttura.
- Il medico utilizza un sistema diagnostico nazionale e internazionale (DSM-ICD).
- Il medico negozia con il paziente l'etichetta diagnostica accettabile per entrambi, con una conoscenza reciproca più approfondita.

Il processo diagnostico, inoltre, dovrebbe avere un certo valore predittivo rispetto alle possibilità di trattamento e dovrebbe strutturarsi come situazione di connessione tra passato e futuro.

La diagnosi non si configura come un momento puntuale ma è un processo contestualizzato, caratterizzato da una serie di eventi legati tra loro dalla necessità di trovare una attribuzione di significato condivisa tra il paziente e il clinico (storia diagnostica in parte già costruita dal paziente e in parte da costruire assieme).

La parziale condivisione delle intenzioni rende giustificato, dal punto di vista del paziente, il lavoro attorno al processo diagnostico e la sua utilità e fruibilità.

Dal punto di vista processuale il momento diagnostico inoltre è inscindibilmente legato a quello terapeutico, in quanto devono essere considerati come sequenze di azioni coordinate intorno ad un progetto di cambiamento, mediante un trattamento riabilitativo con modello della stadiazione, che permette di sostenere delle correlazioni tra la diagnosi, lo stadio evolutivo ed il trattamento riabilitativo (concatenazione non casuale di segmenti di trattamento e di utilizzo di strumenti terapeutici diversificati), con vantaggi sia per il Sistema di Cura che per i pazienti che si sentono collocati in un sistema che sottolinea ed esalta le differenze, rendendole leggibili e significative.

Esiste poi, nella storia metodologica ed ancora nella prassi attuale d'intervento dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), una modalità di condivisione e di discussione delle ipotesi diagnostiche prodotte dai singoli professionisti che ha pochi altri esempi nella clinica (ad esclusione forse delle Strutture Psichiatriche, in cui è nata), e che rende del tutto merito alla caratteristica multi-fattorialità della disciplina delle dipendenze: il lavoro diagnostico-terapeutico in équipe.

Durante la presentazione del caso ed al fine di "costruire" il percorso di presa in carico, ogni figura professionale, con le differenti modalità di approccio dettate dalle proprie diverse strumentazioni concettuali e procedurali, concorre alla definizione dell'inquadramento dello stesso "oggetto" di studio nella sua totalità somatica, psicologica e sociale.

In altre parole, ognuno partecipa alla formulazione diagnostica, che, se proposta in questo modo, si presenta come una sintesi "ragionata" delle conoscenze acquisite sul caso dai diversi "tecnici" negli specifici campi e si configura appunto come l'ipotesi atta a guidare la pianificazione di un adeguato trattamento terapeutico.

Come è noto alla maggior parte degli operatori, se questa metodologia di condivisione ha rappresentato di sicuro una delle ricchezze più importanti delle procedure di assessment prodotte nei Ser.T. non è del tutto priva di difficoltà, che ne rappresentano l'altro lato della medaglia e che addirittura, se

non opportunamente gestite mediante idonee azioni di modelling e di supervisione, ne possono bloccare l'operatività. Infatti, se l'équipe inter-disciplinare permette una più precisa definizione degli scopi ai diversi livelli, se stimola processi decisionali più coinvolgenti e mirati (ma più lunghi e difficili), ha però lo svantaggio di richiedere un'arte a volte non comune, quella di "saper ascoltare".

Inoltre, vi è di sicuro una minor possibilità di celare o di evitare i conflitti e non è sempre evidente il contributo fornito dal singolo operatore al risultato finale (poiché il successo o l'insuccesso dovrebbero essere di norma attribuiti al gruppo), caratteristica che se da un lato protegge dal rischio di burn-out prodotto dalla cronicità del disturbo della dipendenza da sostanze psicoattive, dall'altro può favorire la frustrazione nella ricerca della soddisfazione che viene dagli esiti o dal paziente stesso.

Infine, manca il controllo totale sugli effetti delle decisioni da parte del responsabile del processo: ciò implica necessariamente una maggiore assunzione di responsabilità e autonomia e più alti costi di supervisione e formazione (a tutti gli operatori è richiesta un'alta competenza professionale e decisionale).

La diagnosi nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive (addiction), oltre che dei comportamenti di dipendenza in cui non vi è assunzione di sostanze (gioco d'azzardo, videogiochi, internet, ...), è un processo che può essere limitato alla semplice misurazione qualitativa e quantitativa della dipendenza o, invece, riferirsi ad una valutazione più complessiva ed articolata, che comprenda i molteplici elementi che entrano in gioco nei comportamenti di dipendenza, come le componenti biologiche, psicologiche e relazionali e i pattern comportamentali. In particolare, viene ritenuto necessario che l'assessment diagnostico abbia i seguenti obiettivi:

- Individuazione del tipo di sostanza psicoattiva, della modalità e della frequenza d'uso e dei pattern comportamentali patologici relativi alla dipendenza ma non correlati all'assunzione delle sostanze psicoattive.
- Misurazione del craving.
- Misurazione della tolleranza.
- Descrizione dei disturbi biologici e psicosociali preesistenti, coesistenti o conseguenti.
- Inclusione o esclusione tassonomica (tipologica o dimensionale).
- Inquadramento prognostico.
- Indicazione del trattamento, con specifica congruità tra definizione diagnostica ed intervento.

Nel setting di valutazione diagnostica nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive, l'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici è fondamentale come sono centrali il colloquio clinico e le informazioni derivanti dalla relazione clinico-paziente e dalle interazioni con la famiglia e il contesto socioambientale.

L'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici è attuato secondo una precisa indicazione diagnostica, all'interno di un modello flessibile, somministrato da personale attento e preparato, nel rispetto della relazione con il paziente e avendo presente la lettura contestuale dei risultati.

Inoltre, è auspicabile un assessment globale, che preveda l'utilizzo contemporaneo di più strumenti per favorire la validità convergente, con una valutazione delle proprietà psicometriche degli strumenti e con un'attenzione all'applicazione degli stessi, a supporto e integrazione della valutazione clinica nei confronti di una popolazione "patologica" con elevata eterogeneità.

La valutazione psicodiagnostica 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.

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 permette 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 2° livello è attuata a 2-3 mesi di compenso psicobiologico e/o astinenza dalle sostanze psicoattive, quando è possibile un quadro valutativo stabile e più realistico dell'area tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, comportamentale, relazionale, sociale e legale del paziente.

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.

Gli strumenti psicodiagnostici

Gli strumenti psicodiagnostici, che possono essere utilizzati in quanto suggeriti nella letteratura scientifica italiana ed internazionale del settore delle dipendenze, sono somministrati secondo tempi prestabiliti pur rispettando le caratteristiche del paziente. È utile definire una batteria standard, che, anche se non esaustiva, permette di rilevare principalmente i seguenti aspetti: valutazione della motivazione al trattamento (MAC/E/A); valutazione della gravità complessiva (ASI, VGF, SVFSL, GCI); rilevazione di sintomi e disturbi psicopatologici (Astinenza Wang, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, SCL 90, MMPI-2, SCID, Scala del Funzionamento Difensivo), descrizione della personalità (SCL 90, MMPI 2, TCI, ROR-

SCHACH, TAT, Scala del Funzionamento Difensivo) e descrizione della dimensione relazionale affettiva nei legami familiari (FRT) (Tabb. 1, 2).

L'assessment diagnostico permette di definire la gravità clinica (dipendenza, comorbidità psichiatrica e comorbidità medica), quella familiare e quella sociale che sono fondamentali per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del trattamento riabilitativo personalizzato.

La gravità clinica secondo la classificazione del DSM IV può essere: lieve/bassa, moderata/media, grave/alta e questa classificazione può essere utilizzata per la dipendenza, per la comorbidità psichiatrica associata e per la situazione familiare e sociale.

La definizione della gravità è costruita con la valutazione clinica e con le indagini psicodiagnostiche, senza dimenticare però le tecniche strumentali (Tabb. 3, 4, 5).

La valutazione iniziale è fondamentale per la pianificazione del trattamento riabilitativo e per la definizione della sua intensità assistenziale. La valutazione è mantenuta con periodicità significativa per tutta la durata del trattamento, in quanto è fondamentale per il management (governo) del trattamento.

Tipologia dei trattamenti

I diversi tipi di trattamento, per poter essere attivati in modo corretto al fine di poter raggiungere i risultati previsti, devono essere applicati in pazienti preventivamente selezionati; quindi, ogni tipo di trattamento ha dei criteri di inclusione che ne determinano il grado di accessibilità. I criteri che condizionano la scelta del tipo di trattamento, oltre agli aspetti clinici della dipendenza e della comorbidità psichiatrica e a quelli familiari e sociali, sono da una parte la ricettività/possibilità al cambiamento del paziente in quel determinato momento (stadio del cambiamento, fase della storia clinica) e dall'altro il grado di accessibilità del trattamento.

Ogni trattamento ha una soglia di selezione dei pazienti ed, in base all'intensità di questa soglia, è possibile definire un'intensità a bassa, media ed alta soglia.

Le caratteristiche dei trattamenti (grado di accettazione/motivazione del paziente, necessità di sospensione della sostanza psicoattiva, obiettivi e tempi di realizzazione del programma,

Tab. 1 - Tempi medi di somministrazione, di elaborazione e di restituzione di questionari e di test psicologici

Test	Tempo di somministrazione	Tempo di codifica/elaborazione	Tempo di restituzione	Tempi Totali (ore/min)
MAC/E	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
ASI	1.30 ore	20 min.	1 ora	2.50 ore
VGF	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
SVFSL	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
CGI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
HDRS	20 min.	10 min.	1 ora	1.30 ore
STAI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
STAXI	20 min.	20 min.	1 ora	1.40 ore
MMPI 2	2 ore	1.30 ore	1 ora	4.30 ore
SCID P	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
SCID II	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
TCI	1 ora	40 min.	1 ora	2.40 ore
RORSCHACH	1.30 ore	2 ore	1 ora	4.30 ore
TAT	2 ore	2 ore	1 ora	5.00 ore
WAIS-R	2 ore	30 min.	1 ora	3.30 ore
FRT	1 ora	45 min.	1 ora	2.45 ore
CBA 2.0	45 min.	1 ora	1 ora	2.45 ore
SCL 90	15 min.	30 min.	1 ora	1.45 ore

Tab. 2 - Temporizzazione diagnosi I e II livello e follow-up

<i>Diagnosi Follow-up</i>	<i>Tempi (ore/min)</i>
Diagnosi I Livello	9 ore
Diagnosi II Livello	1 ora
Follow-up 1° mese	3.30 ore
Follow-up 3° mese	3.30 ore
Follow-up 6° mese	4 ore
Follow-up 12° mese	5.30 ore
Follow-up 18° mese	3.30 ore
Follow-up 24° mese	10 ore
Diagnosi e follow-up	50 ore

setting e contratto terapeutico) sono diversificate a seconda delle tre soglie.

Inoltre, il percorso terapeutico del paziente deve prevedere stadi successivi con obiettivi intermedi, corrispondenti alla sua modificazione clinica (grado di ricettività/potenzialità al

cambiamento, grado di percezione dei bisogni, compenso psicobiologico, adeguamento sociale) ed alle caratteristiche degli ambienti terapeutici (ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali).

In riferimento alla gravità clinica è possibile ipotizzare dei trattamenti di diversa intensità assistenziale, che è determinata dalla tipologia degli interventi e delle prestazioni rese degli operatori delle équipes pluriprofessionali che vengono coinvolti (numero e tipo di professionisti).

I trattamenti di intensità bassa, media o alta possono corrispondere al trattamento ambulatoriale e territoriale (trattamento farmacologico per la dipendenza, monitoraggio tossicologico e counselling individuali, a cui possono essere aggiunti come ulteriore grado di "peso" trattamento psicofarmacologico, counselling familiare, gruppo di auto-aiuto, psicoterapia individuale o di gruppo e reinserimento lavorativo), al trattamento semiresidenziale e al trattamento residenziale (comunità educativa e di vita, comunità terapeutica o comunità per doppia diagnosi).

Tab. 3 - Gravità della dipendenza

<i>Gravità clinica secondo il DSM IV</i>			
Asse I	Lieve	Moderata	Grave
Asse II	Lieve	Moderata	Grave
<i>Gravità con strumenti</i>			
<i>Strumenti</i>	<i>Lieve</i>	<i>Punteggio/descrizione gravità Moderata</i>	<i>Grave</i>
<i>MAC/E</i>	<i>Determinazione</i>	<i>Contemplazione</i>	<i>Precontemplazione</i>
ASI	2-3	4-5	6-9
ASI abuso di droghe	2-3	4-5	6-9
ASI abuso di alcol	2-3	4-5	6-9
VGF	61-80	51-60	≤ 50
SVSL	61-80	41-60	≤ 40
VGFR	61-80	41-60	≤ 40
CGI	2-3	4	5-7

Tab. 4 - Gravità della comorbidità psichiatrica

<i>Gravità clinica secondo il DSM IV</i>			
Asse I	Lieve	Moderata	Grave
Asse II	Lieve	Moderata	Grave
<i>Gravità clinica strutturale</i>			
Lieve Struttura nevrotica	Moderata Struttura al limite	Grave Struttura psicotica	
<i>Gravità con strumenti</i>			
<i>Strumenti</i>	<i>Lieve</i>	<i>Punteggio/descrizione gravità Moderata</i>	<i>Grave</i>
ASI Problemi psichiatrici	2-3	4-5	6-9
SCL 90	≤ 1,5	1,5-2	2-2,5
HDRS	8-17	18-24	≥ 25
STAI	≤ 20	21-50	51-80
STAXI	≤ 75	75-90	> 90
MMPI 2	56-65	66-75	≥ 76
TCI	Correlazione con disturbi di Asse I e II di gravità lieve	Correlazione con disturbi di Asse I e II di gravità moderata	Correlazione con disturbi di Asse I e II di gravità grave
SCID P	Disturbo lieve	Disturbo moderato	Disturbo grave
SCID II	Disturbo lieve	Disturbo moderato	Disturbo grave
Scala Funzionamento Difensivo	Livello delle inibizioni mentali	Livello di distorsione lieve dell'immagine Livello del disconoscimento	Livello di distorsione grave dell'immagine Livello dell'azione Livello della regolazione difensiva

Tab. 5 - Gravità della situazione familiare e sociale

<i>Gravità clinica secondo il DSM IV</i>			
Asse I	Lieve	Moderata	Grave
<i>Gravità con strumenti</i>			
<i>Strumenti</i>	<i>Lieve</i>	<i>Punteggio/descrizione gravità Moderata</i>	<i>Grave</i>
ASI Problemi familiari/sociali FRT	2-3 Conflittualità occasionale con perdita dell'equilibrio familiare	4-5 Conflittualità prevalente con perdita sostanziale dell'equilibrio familiare	6-9 Conflittualità manifesta e mancanza di equilibrio familiare
VGFR	61-80	41-60	≤40
SVFSL	61-80	41-60	≤40

I servizi istituzionali, le strutture riabilitative del privato sociale e la comorbilità psichiatrica

Negli ultimi anni, la comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze psicoattive sembra aver acquisito, anche come termine di "doppia diagnosi", i caratteri di una "parola chiave" che evidenzia l'evoluzione culturale e scientifica del settore delle dipendenze, ma che richiama anche alcuni punti critici irrisolti, relativi all'integrazione degli operatori, dei Servizi Socio Sanitari Pubblici (Ser.T., Dipartimento di Salute Mentale, ...) e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale, che costituiscono il Sistema delle Dipendenze.

Infatti, il termine comorbilità psichiatrica, oltre a rimandare alla correlazione tra gli effetti delle sostanze psicoattive e i disturbi psichiatrici e all'eziologia stessa dei disturbi da uso di sostanze psicoattive, solleva la necessità della corretta integrazione culturale, organizzativa e gestionale tra i Ser.T. e i Servizi di Salute Mentale in quanto, per un problema istituzionale, nella realtà italiana il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive è stato ed è nettamente separato da quello della malattia mentale.

Questa integrazione istituzionale, che attualmente è un nodo irrisolto, è spesso complicata da rivalità, conflittualità, sfiducia ed accuse reciproche tra i due Servizi Istituzionali, con il conseguente peggioramento della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e alle loro famiglie.

La necessità del trattamento riabilitativo dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e comorbilità psichiatrica associata ha favorito la specializzazione dei Ser.T. nel processo dell'assistenza (diagnosi, trattamento farmacologico, riabilitazione, ...).

La corretta diagnosi psichiatrica nei pazienti che usano sostanze psicoattive è un'operazione indispensabile e complessa che deve tener conto della dimensione "diacronica".

È, quindi, necessario un processo diagnostico accurato, gestito dall'équipe pluriprofessionale curante mediante un assessment multidisciplinare e dinamico, in quanto il quadro clinico non può essere descritto adeguatamente con un'osservazione puntiforme, ma deve essere verificato nel tempo, tenendo presente che la relazione che lega la dipendenza da sostanze psicoattive e il disturbo psichiatrico può essere di vario tipo.

L'uso acuto o cronico delle sostanze psicoattive può provocare sintomi psicopatologici che possono simulare quasi tutti i disturbi psichiatrici.

Il disturbo psichiatrico può essere conseguenza della sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive.

Le sostanze psicoattive possono accelerare lo sviluppo, riattivare o peggiorare un disturbo psichiatrico e/o di personalità. L'uso delle sostanze psicoattive può essere motivato dal desiderio di attenuare gli effetti indesiderati degli psicofarmaci usati per combattere il disturbo psicopatologico.

L'uso delle sostanze psicoattive può essere conseguenza di un disturbo psichiatrico e/o di personalità (autoterapia).

Infine, il decorso dell'uso delle sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico possono essere paralleli e la causalità del tutto indipendente.

La comorbilità psichiatrica, è copresente con una prevalenza consistente nei pazienti in trattamento riabilitativo presso i Ser.T. e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale, sia come disturbi di Asse I del DSM IV che di Asse II.

La comorbilità psichiatrica ha un significato operativo specialmente per quei pazienti che, per tipologia e per gravità del disturbo psichiatrico, necessitano contemporaneamente del trattamento del Ser.T. e del Servizio di Salute Mentale, che sono, però, istituzionalmente separati.

La separazione esistente tra i Dipartimenti di Salute Mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze si è creata con la nascita dei Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) avvenuta in circostanze storiche e politiche particolari (L. 685/1975, L. 162/1990 e D.M. 444/1990) e con compiti istituzionali diversi rispetto ai Servizi di Salute Mentale (L. 180/1978); questa separazione rappresenta una modalità scissa di affrontare il problema della salute mentale.

Oltre alla separazione istituzionale/legislativa si è verificata anche una separazione clinica, culturale ed organizzativa.

La prima ha determinato l'abbandono da parte della Psichiatria Istituzionale e degli psichiatri dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive ritenuti di competenza dei soli clinici del settore delle dipendenze, che, però, sono parzialmente sprovvisti di strumenti diagnostici psicopatologici propri della Psichiatria Istituzionale.

La seconda ha delineato due concezioni diverse e contrapposte, quella della cultura psichiatrica basata su un riduttivismo medico patologizzante e psicofarmacologico e quella della cultura delle dipendenze con una concezione psicosociale della dipendenza da sostanze psicoattive come comportamento deviante, conseguenza di problematiche sociali e di culture giovanili, con risposte basate su trattamenti farmacologici sostitutivi o trattamenti contenitivi ed educativo - riabilitativi, attuati da Comunità Terapeutiche, che si contrapponevano ad ogni definizione clinica e psicopatologica.

La terza ha configurato due mondi sottoposti a sistemi di riconoscimento istituzionale, di finanziamento, di gestione e di valutazione completamente indipendenti.

La non convergenza nell'operatività dei due Servizi Istituzionali comporta, però, una serie di difficoltà organizzative e gestionali, alcune delle quali sono connesse all'oggetto del trattamento, altre più generali sono collegate ai differenti percorsi storici ed alle differenze culturali di linguaggio e di formazione.

Questi ultimi aspetti, in particolare rappresentano parte dello Schema di Riferimento (cultura), cioè "l'insieme di conoscenze e atteggiamenti che ogni persona ha nella propria mente e con cui lavora in relazione con il mondo e con se stesso" che sono una serie di elementi cognitivi e affettivi solo parzialmente coscienti.

La non convergenza della cultura tra i due Servizi Istituzionali, provoca malintesi che, insieme alle difficoltà ed alle ansie sollevate dal contatto con i disturbi psichiatrici, ostacolano la corretta comunicazione e, talvolta, causano conflittualità difficilmente sanabili.

Questo problema culturale, organizzativo e gestionale può essere affrontato mediante lo sviluppo di una cultura condivisa (conoscenze e linguaggio comuni relativi agli aspetti neurobiologici, farmacologici, psicologici, psichiatrici, assistenziali, diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici), che si ottiene con il confronto quotidiano, anche se faticoso, e mediante percorsi di formazione e supervisione comuni, gruppi di lavoro interservizi e con la costruzione di protocolli d'intesa ed operativi.

La difficoltà della gestione terapeutica della comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, che si manifesta nell'elaborazione della diagnosi, nella presa in carico, nell'attuazione del trattamento riabilitativo (abbandoni, ricadute, crisi psicopatologiche, ...) e nell'integrazione dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale, non può essere liquidata come caratteristica specifica di questa tipologia di pazienti, ma necessita di un ampliamento delle possibilità terapeutiche, che sono obbligatoriamente collegate all'approfondimento delle conoscenze teoriche e metodologiche per affrontare questi problemi complessi, di cui i clinici si devono sentire responsabili, senza usare la scorciatoia di attribuire il fallimento terapeutico al paziente.

Inoltre, è necessaria una riflessione continua sulla gestione terapeutica impiegata, in modo che questa non sia attuata in modo pedissequo ma, invece, venga sviluppata individualmente mediante la costruzione della relazione terapeutica con il dipendente da sostanze psicoattive.

Per ottenere e mantenere la qualità di questa gestione terapeutica è necessaria una cultura condivisa, basata sulle conoscenze dell'origine biopsicosociale della dipendenza da sostanze psicoattive e sviluppata mediante la formazione e la supervisione comuni per gli operatori del Sistema di Assistenza, mediante la collaborazione continuativa e i protocolli d'intesa e operativi.

Pertanto, l'integrazione dei trattamenti riabilitativi passa attraverso la cultura dell'integrazione che, però, è sempre difficile, in quanto è legata a diversi fattori: conoscenze, linguaggi, obiettivi istituzionali e metodologie di trattamento differenti. L'assenza dell'integrazione, invece, produce malintesi relativi agli scopi, agli obiettivi, alle tecniche di trattamento e alle collaborazioni all'interno del Sistema di Assistenza dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (Sistema delle Dipendenze).

Le équipe pluriprofessionali curanti devono essere in grado di integrare le competenze nei settori della dipendenza da sostanze psicoattive e della psichiatria e ciò è attuabile, anche, mediante la formazione e la supervisione comuni.

Numerosi sono gli elementi che dovrebbero essere approfonditi nella formazione e nella supervisione: la relazione con il paziente (clinico/operatore come strumento terapeutico), il setting flessibile ("laboratorio relazionale" di modelli relazionali adattivi), il trattamento riabilitativo personalizzato (fasi terapeutiche ed obiettivi flessibili e personalizzati), il percorso di trattamento (consapevolezza della gravità del disturbo psicopatologico, dell'intensità e della continuità assistenziale

come catena di strutture: Ser.T., Servizio di Salute Mentale e Strutture Riabilitative del Privato Sociale Territoriali e Residenziali), il lavoro di rete (rete del Sistema di Assistenza e reti territoriali naturali), la condivisione degli obiettivi terapeutici (integrazione della gestione terapeutica tra équipe pluriprofessionali curanti, Strutture Riabilitative, paziente e famiglia), l'utilizzo di trattamenti farmacologici per la dipendenza e di psicofarmaci, la cultura della valutazione (verifica dell'efficienza e dell'efficacia terapeutica), l'esplicitazione del Servizio (immagine e prefigurazione dei modelli di trattamento riabilitativo integrato), il lavoro di équipe, l'appropriatezza degli invii e il mandato terapeutico alle Strutture Riabilitative (contrattualità e collaborazione negoziata tra i soggetti del Sistema di Assistenza).

Attualmente i Ser.T. e i Servizi di Salute Mentale, attuano nel territorio due offerte terapeutiche apparentemente ben distinte, tuttavia solo una parte dei pazienti che afferiscono ai Servizi è chiaramente definibile in base al tipo di problema presentato. Esiste, infatti, una quota significativa di pazienti che, per il tipo di manifestazione sintomatologica e comportamentale e per il decorso, può presentare alternativamente le caratteristiche di pazienti del Ser.T. o del Servizio di Salute Mentale; inoltre alcuni pazienti presentano disturbi di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati da un solo Servizio.

Come conseguenza, pertanto, esiste una zona di sovrapposizione tra i pazienti dei due Servizi Istituzionali, una interfaccia non ben definita, portatrice di problemi di appartenenza e di competenza, da cui nasce una non chiarezza dei limiti di responsabilità, degli obblighi istituzionali e del ruolo di collaborazione, che diventa terreno di conflitto.

Infatti, di fronte a pazienti difficili e gravi, come i dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica, si innesca il meccanismo dello scarico della responsabilità, con tentativi di attribuire la competenza del trattamento riabilitativo non tanto sulla base delle necessità del paziente, quanto piuttosto nel tentativo, più o meno consapevole ed esplicito, di evitare la presa in carico secondo il modello dell'"abbandono" (criterio di esclusione della competenza professionale di Servizio), del "ping-pong" (rimando da un Servizio all'altro per priorità terapeutica) e dell'"assegnazione" (definizione arbitraria o consensuale senza un pensiero terapeutico che definisce la logica e la gestione terapeutica).

Il trattamento riabilitativo dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica, equivale, anche, a misurarsi con situazioni che si collocano sulla linea di confine istituzionale, per cui è necessario effettuare un lavoro di definizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi Istituzionali coinvolti. La responsabilità del trattamento riabilitativo, quando esiste un coinvolgimento multiplo, non può rimanere indefinita come nel caso della collaborazione generica secondo il modello della "consulenza esterna" (consulenza singola o continua e strutturata), ma dovrebbe almeno essere definita secondo il modello della "compartecipazione" (partecipazione strutturata dello psichiatra nel Ser.T. o del clinico delle dipendenze nel Servizio di Salute Mentale).

Un Servizio si assume la responsabilità prevalente del caso e quindi il ruolo di garante dello svolgimento del trattamento riabilitativo, mentre, l'altro Servizio viene attivato su richiesta in qualità di consulente.

Il Servizio responsabile è titolare del trattamento riabilitativo e della sua gestione terapeutica e un clinico del Servizio stesso assume la funzione di manager del caso, mentre, il Servizio consulente, è responsabile nel proprio ambito di consulenza relativo alla diagnosi e al trattamento ed ha un ruolo più limitato.

Questi ruoli e funzioni sono però complementari e possono essere ridefiniti anche in riferimento alla specifica situazione

locale e alle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del Ser.T.

La difficoltà della gestione terapeutica dei Ser.T. è stata amplificata dalla comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, che ha evidenziato anche i limiti dell'integrazione del Sistema di Assistenza.

I dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata più difficili e gravi presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale (difficoltà relazionali, economiche, sociali e conflittualità sociali e lavorative, con percezione del benessere soggettivo e della soddisfazione personale più bassi, "carico" oggettivo e soggettivo familiare come emottività espressa, impegno disfunzionale di risorse e utilizzo improprio di Servizi quali Unità Operative Ospedaliere e di Emergenza Medica – Pronto Soccorso –, Sistema Penale e Carcere, ...), una scarsa compliance terapeutica ed una debole alleanza con il terapeuta, sono non collaboranti ed oppositivi, hanno caratteristiche da "porta girevole" ed un maggior rischio di abbandono precoce e frequenti ricadute ed un alto margine di fallimento terapeutico, ed, infine, presentano un incremento delle difficoltà di gestione terapeutica a causa della contemporanea presa in carico da parte di più Servizi ed un maggior rischio di ricovero ospedaliero.

L'evidenza di questi limiti, come tentativi frustranti di trattamento riabilitativo e frequenti burn-out nell'équipe curante, di necessità, spinge verso un nuovo modello organizzativo basato sull'integrazione culturale, organizzativa e gestionale, che permetta lo sviluppo di Servizi di "trattamento ibrido", caratterizzati dalla specializzazione nei due settori della dipendenza da sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico, dall'accessibilità vera (risposta all'urgenza), dalla disponibilità (formazione dei clinici) e dalla capacità effettiva di erogare trattamenti diversificati, flessibili ed adeguati ai diversi bisogni dei pazienti.

Questa integrazione, mediante l'attivazione di équipe interservizi specificatamente impegnate nella diagnosi e nel trattamento riabilitativo dei pazienti comorbili, permette lo sviluppo di una articolata esperienza clinica e di una riflessione teorica, per la continuità della presa in carico globale, che è un fattore importante per la compliance e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti d'abuso che nei disturbi psichiatrici e di personalità.

È necessaria, pertanto, una Rete di servizi ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Crisi e Comunità Terapeutica Residenziale per "Doppia Diagnosi"), che dovrebbe essere gestita da "una" équipe di clinici esperti in ambedue i settori della dipendenza da sostanze psicoattive e della psichiatria, che secondo il modello della "condivisione" (équipe dedicata, stabile, e riconosciuta istituzionalmente, in quanto investita di un progetto, di competenze e di responsabilità) possa salvaguardare la continuità assistenziale dei dipendenti da sostanze psicoattive comorbili, attuando programmi riabilitativi fondati non solo su una diagnosi psichiatrica nosografica (DSM IV), ma sulla connessione tra la peculiare esperienza di sofferenza e i trattamenti dei Servizi preposti secondo un "pensiero terapeutico" caratterizzato da logica e da gestione terapeutica.

All'interno del Sistema delle Dipendenze è opportuno che anche le Comunità Terapeutiche si adattino alla complessità dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica e potenzino la "caratterizzazione terapeutica" per contrastare l'alto rischio di ricaduta sia nel disturbo da uso di sostanze psicoattive che nel disturbo psichiatrico e la "carriera" di cronicità.

Per l'integrazione culturale, organizzativa e gestionale devono essere sviluppati i seguenti punti fondamentali:

- Approfondimento diagnostico multidimensionale e dinamico mediante un assessment specifico.
- Accoppiamento tra la diagnosi multidimensionale e dinamica e il trattamento riabilitativo specifico (personalizzato, flessibile, accessibile e di lunga durata).
- Definizione degli obiettivi e delle priorità del trattamento riabilitativo secondo un modello progressivo gerarchico (Modello Stadiale).
- Sperimentazione di nuove tecniche terapeutiche in funzione delle esigenze emergenti e delle tipologie dei pazienti.
- Miglioramento qualitativo del Servizio verso la specializzazione e l'integrazione.
- Sviluppo del lavoro di rete del Sistema delle Dipendenze e degli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici e del Privato Sociale.
- Sviluppo di una reale integrazione a livello culturale, formativo, clinico e organizzativo tra le molteplici professionalità, tra i differenti approcci terapeutici e tra i diversi Servizi.

Il programma per la comorbidità psichiatrica

Per impostare un trattamento riabilitativo per i pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica associata, che sia efficace e rispondente ai bisogni complessi e ai vincoli relativi al rapporto costi-benefici, è necessaria una diagnosi accurata, non sempre facile, per la necessità di distinguere in fase acuta la comorbidità vera (disturbi psichiatrici primari) da quella spuria (disturbi psichiatrici indotti dall'uso delle sostanze psicoattive).

Infatti, la relazione fra l'uso delle sostanze psicoattive e i disturbi psichiatrici è diversificata.

La primarietà del disturbo psichiatrico è evidenziata da alcuni criteri: criterio di causalità (la classe di sostanza psicoattiva, il pattern comportamentale, la storia di assunzione come dose, frequenza, contesto, funzionalità ricercata e il significato attribuito dal paziente definiscono il rapporto intercorrente), criterio di autonomia (il disturbo psichiatrico è presente durante il periodo di astinenza), criterio temporale (il disturbo psichiatrico precede l'inizio del comportamento d'abuso), criterio dell'espressività sintomatologica (il disturbo psichiatrico è evidente anche in presenza di consumo della sostanza psicoattiva) e criterio della familiarità (la storia familiare di disturbi psichiatrici è evidente nella valutazione diagnostica).

La secondarietà del disturbo psichiatrico, come disturbo indotto, è evidenziata dalla riduzione o dalla remissione completa dei sintomi psicopatologici alla sospensione della sostanza psicoattiva, con l'unica eccezione rappresentata dalla presenza di danni organici permanenti, che si instaurano gradualmente nel corso di mesi o di anni di abuso continuo.

I disturbi psichiatrici più frequentemente associati con i disturbi da uso di sostanze psicoattive sono: disturbi d'ansia e da attacchi di panico e alcoldipendenza, disturbi depressivi e depressione maggiore e abuso di cocaina, schizofrenia ed, infine, abuso di sostanze e alcoldipendenza e disturbo borderline di personalità e poliabuso.

Inoltre non è raro trovare pazienti con più di due disturbi copresenti.

Relativamente alla copresenza dei due disturbi è necessario considerare che devono essere valutate la gravità, la cronicità e il grado di compromissione funzionale sia del disturbo da uso di sostanze psicoattive che del disturbo psichiatrico.

La comorbidità psichiatrica associata con i disturbi da uso di sostanze psicoattive determina una maggiore gravità e tendenza alla cronicizzazione delle problematiche tossicologiche, mediche, psicologiche e sociali rispetto alla condizione

della sola dipendenza da sostanze psicoattive; inoltre, predispone sia alla ricaduta nell'uso delle sostanze psicoattive, con ulteriore scempenso del disturbo psichiatrico, che alla riacutizzazione del disturbo psichiatrico con predisposizione al nuovo uso di sostanze psicoattive.

Nei pazienti con comorbidità psichiatrica il decorso del disturbo è più lungo, la disabilità sociale più grave, il numero degli episodi acuti è maggiore, la riabilitazione è più lenta e difficile e la durata del trattamento è più lunga, con conseguenti maggiori costi sociali.

In presenza di comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze psicoattive, la relazione clinico-paziente è spesso difficile e confusa e ostacolata, oltre che dai problemi propri del paziente, legati all'uso delle sostanze psicoattive e al disturbo psichiatrico, da problemi culturali e ambientali.

Le componenti fondamentali del programma per la comorbidità psichiatrica associata, come Programma Globale, sono quattro: sostituto della dipendenza chimica (dipendenza benigna da una persona, da un'istituzione o da una credenza alternativa), trattamento dei disturbi psichiatrici e di personalità (management del caso, lavoro di rete, counselling, psicoeducazione, psicofarmaci, psicoterapia, supporto familiare, supporto di auto aiuto, comunità terapeutica e servizio crisi), astinenza "forzata" (farmaco agonista, modulatore della ricompensa, antagonista, avversativo e psichiatrico, controllo dei metaboliti urinari e sistema sociale di sostegno) e cambiamento strutturale e crescita della personalità (psicoterapia).

Modelli di trattamento

I modelli di trattamento riabilitativo per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive sono tre: Trattamento Seriale, Parallelo e Integrato.

Il **Trattamento Seriale** è il modello di trattamento riabilitativo più antico e più comune. Prevede il trattamento distinto, non simultaneo e sequenziale del disturbo psichiatrico e del disturbo da uso di sostanze psicoattive.

Secondo alcuni autori il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive va sempre considerato preferenziale, mentre il trattamento psichiatrico può essere intrapreso solo quando si è instaurato un regime di astensione dalla sostanza psicoattiva d'abuso.

Secondo altri autori si può dare avvio al trattamento psichiatrico prima che avvenga la sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive e si inizi il trattamento della dipendenza. Altri autori, ancora, ritengono che la gravità dei sintomi al momento dell'ingresso in trattamento dovrebbe indirizzare verso la scelta di priorità del trattamento.

Il **Trattamento Parallelo** prevede il simultaneo trattamento del disturbo psichiatrico e di quello dell'uso di sostanze psicoattive. Sia il Trattamento Parallelo che quello Seriale riguardano l'impiego di programmi preesistenti; l'assistenza psichiatrica è gestita da clinici esperti nei disturbi psichiatrici, il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive è attuato da parte di clinici esperti in questo settore, con diversi gradi di collaborazione ed integrazione.

Entrambi i trattamenti sono attuati in due sedi differenti e da due équipes pluriprofessionali curanti separate, però, il Trattamento Parallelo prevede un maggior numero di clinici coinvolti e rappresenta il primo tentativo di collaborazione tra i due Servizi Istituzionali.

Il **Trattamento Integrato** è un approccio che combina gli elementi del trattamento del disturbo psichiatrico e di quello

dell'uso di sostanze psicoattive in un programma integrato, destinato a pazienti con comorbidità psichiatrica.

Impiega clinici esperti in entrambi i settori ed un approccio unificato al management del caso per seguire e trattare i pazienti nel corso delle varie riacutizzazioni, sia del disturbo psichiatrico che di quello dell'uso di sostanze psicoattive.

Inoltre il trattamento di entrambi i disturbi è attuato in un'unica struttura appositamente organizzata e da un'équipe curante pluriprofessionale.

Il Trattamento Integrato è adatto a pazienti con forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e forme di dipendenza non stabilizzata.

La presenza di clinici esperti nei due settori delle dipendenze e psichiatrico permette l'attuazione del trattamento riabilitativo più adeguato per i bisogni del paziente, mediante psicofarmaci, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e altre tecniche terapeutiche.

I deficit significativi a livello comunicativo, comportamentale e relazionale sono presi in considerazione nel trattamento integrato, che può essere attivato, anche, per i pazienti cronici, in trattamento di mantenimento con i farmaci agonisti degli oppiacei Metadone o Buprenorfina, per stabilizzare i sintomi psichiatrici.

Tutti e tre i modelli presentano vantaggi e svantaggi.

L'adeguatezza di un modello di trattamento riabilitativo per ogni singolo caso è condizionata dalle diverse associazioni dei disturbi in comorbidità, dalla gravità dei sintomi psicopatologici e della compromissione psichica e sociale.

Il Trattamento Seriale è più adatto per i pazienti con disturbi psichiatrici che non compromettono eccessivamente lo stato mentale o per i pazienti con un disturbo moderati o lievi di uso di sostanze psicoattive.

Il Trattamento Seriale è sconsigliato per i pazienti con disturbi psicotici, anche se trattati, in quanto le difficoltà di comunicazione, di comportamento e di relazione conseguenti alle disfunzioni del funzionamento psichico ostacolano l'inserimento nei trattamenti riabilitativi tradizionali.

Il Trattamento Parallelo è più appropriato per i pazienti con un disturbo più grave e un disturbo concomitante attenuato; inoltre è più idoneo per pazienti con disturbo psicotico o dell'umore o di uso di sostanze psicoattive stabilizzati, cioè nella gestione a lungo termine dei casi non acuti; nelle forme acute di dipendenza e di disturbo psichiatrico invece è sconsigliato ed è necessario un trattamento intensivo non frammentato in due ambienti separati.

Tra le cause di mancanza di compliance nel Trattamento Parallelo viene evidenziata la carenza di collegamento tra i due Servizi Istituzionali, che sono sia separati logisticamente ma anche basati su culture e filosofie diverse o addirittura contrastanti, cosicché i due programmi di trattamento, indipendenti, spesso danno indicazioni terapeutiche diverse o conflittuali e inoltre spesso i Sistemi di Assistenza differiscono per i regolamenti interni e gli aspetti finanziari.

Il Trattamento Integrato è adatto per pazienti con forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e con forme di dipendenza non stabilizzata.

La presenza di clinici esperti nei due i settori delle dipendenze e psichiatrico permette l'attuazione del trattamento riabilitativo più adeguato mediante management del caso, psicofarmaci, counselling, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo ed altre tecniche terapeutiche.

I deficit significativi a livello comunicativo, comportamentale e relazionale sono presi in considerazione nel Trattamento Integrato.

Il trattamento può anche essere attuato per stabilizzare i sintomi psichiatrici nei pazienti cronici in trattamento di mantenimento con Metadone o Buprenorfina o Acido Gamma Idrossibutirico.

Il Trattamento Integrato è basato sulla continuità da parte del manager del caso, esperto sia nel disturbo psichiatrico che nell'abuso delle sostanze psicoattive; tutte le tecniche terapeutiche sono rese disponibili per il paziente durante le fasi di malattia e del trattamento riabilitativo che si susseguono, secondo un'ottica di personalizzazione del programma.

Stadiazione

Nell'ambito del trattamento riabilitativo integrato sono stati organizzati diversi modelli di programmi riabilitativi, suddivisi in stadi (Modello Stadiale) secondo le diverse fasi di malattia e di riabilitazione che i pazienti attraversano e basati su un approccio multidisciplinare che permette la presa in carico globale del paziente nei suoi diversi aspetti di vita.

Un primo modello ha definito un'articolazione in quattro fasi: coinvolgimento, persuasione, trattamento attivo e prevenzione delle recidive, con una preliminare stabilizzazione in ambito ospedaliero dei sintomi da dipendenza e psichiatrici. Gli obiettivi del trattamento riabilitativo sono individuati tenendo presente la variabilità individuale nella capacità di stabilire l'alleanza terapeutica e nel rischio di ricaduta. In ogni fase le tecniche terapeutiche sono costituite da: management del caso, trattamento con psicofarmaci, trattamento di disintossicazione, controllo tossicologico e trattamento di gruppo.

Un secondo modello è composto da quattro fasi: disintossicazione, stabilizzazione, coinvolgimento e riabilitazione.

Un terzo modello ha caldeggiato l'integrazione e la continuità del trattamento riabilitativo: counselling, psicoterapia, trattamento farmacologico, terapia d'ambiente, trattamento residenziale e coordinamento del personale; sottolineando anche i migliori esiti per i pazienti con gravità psichiatrica alta e con disturbo antisociale di personalità associato a depressione e la correlazione dell'esito con le caratteristiche del terapeuta (capacità nella relazione d'aiuto e nell'applicazione di tecniche specifiche).

Inoltre è stata evidenziata la necessità della selezione e della formazione specifica del personale che deve essere costituito da un'équipe pluriprofessionale.

Un quarto modello ha confermato la possibilità di mantenere tecniche terapeutiche e strumenti validi per altri disturbi ma integrati all'interno di un trattamento riabilitativo coerente.

Il trattamento proposto è basato su quattro fasi: ospedalizzazione e diagnosi per stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica; motivazione all'astinenza, trattamento del disturbo psichiatrico e sviluppo di prospettive future; intensificazione degli interventi precedenti e, infine, inserimento lavorativo.

Un quinto modello multidisciplinare e gestito da un'unica organizzazione è basato sulla presa in carico globale del paziente e da un insieme di tecniche terapeutiche: management del caso intensivo, trattamento farmacologico, psicoeducazione, intervento comportamentale, apprendimento di competenze, prevenzione delle ricadute e riduzione del danno.

Un sesto modello ha proposto la costituzione di un Servizio Integrato con un trattamento riabilitativo basato sulla collaborazione e sul forte coordinamento tra Servizi e sul lavoro di rete, con invii da un Servizio all'altro, con valutazione congiunta del caso e con formazione comune.

Alla luce dei risultati ottenuti da diversi studi clinici, sono state indicate le linee guida, con individuazione dei principi terapeutici condivisi per il trattamento riabilitativo integrato

della comorbilità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive:

- modello integrato,
- flessibilità e specializzazione dei clinici,
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche,
- lavoro di rete,
- riconoscimento delle esigenze della persona,
- approccio globale alla persona,
- approccio assertivo al cliente,
- stabilità abitativa,
- trattamento a lungo termine (progetto terapeutico con mini obiettivi),
- trattamento stadiale centrato sulla persona (coinvolgimento, motivazione dell'astinenza, trattamento attivo per l'astinenza e per la prevenzione delle ricadute con preventiva stabilizzazione),

Inoltre, sono sottolineate alcune necessità:

- ottimismo (mantenere la speranza sul lungo termine),
- prevenzione dell'ansia,
- focalizzazione sulla fiducia, sulla comprensione e sull'apprendimento (alleanza terapeutica piuttosto che critica e confronto),
- riduzione del danno (piuttosto che l'astinenza immediata),
- incontri con la famiglia e a domicilio,
- trattamento di auto aiuto,
- valutazione delle necessità psicopatologiche e psicofarmacologiche.

Inoltre da una revisione della letteratura scientifica sull'efficacia del trattamento riabilitativo integrato per la comorbilità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive, sono emerse le seguenti caratteristiche del trattamento riabilitativo integrato:

- unico trattamento terapeutico globale e stadiale a lungo termine,
- unica équipe terapeutica, con clinici esperti nella dipendenza da sostanze psicoattive e nel disturbo psichiatrico,
- interventi centrati su misura sulla persona,
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche comprendenti: management del caso, interventi motivazionali, trattamento farmacologico, approccio assertivo, interventi gruppal e counselling familiare e individuale.

Case management

L'approccio del management del caso è stato sviluppato, recentemente, in considerazione del fatto che molti dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e psichiatrici sono riluttanti o incapaci di avvalersi dei Servizi Socio Sanitari presenti nella comunità, mentre da sempre l'organizzazione del Sistema Sanitario ha riversato sui pazienti la responsabilità di rivolgersi ai Servizi Socio Sanitari, come segno di motivazione al trattamento.

La tecnica del management del caso rappresenta un aiuto per inserire e mantenere in trattamento riabilitativo i pazienti che afferiscono ai Servizi Socio Sanitari e per attenuare le conseguenze negative derivanti dall'abbandono del trattamento (scompenso psicopatologico, disabilità ed emarginazione sociale, stato di abbandono, ricovero in Unità Operative Ospedaliere o Strutture Riabilitative, ...).

Il manager del caso ha il compito di promuovere l'accettazione del trattamento riabilitativo da parte dei pazienti in scompenso psicobiologico e poco motivati, che lo rifiutano e di ridurre al minimo le conseguenze del mancato trattamento; deve inoltre sviluppare le premesse al trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive.

I dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica devono essere seguiti in modo globale per il disturbo da

uso di sostanze psicoattive e per quello psichiatrico secondo le tecniche operative, nei tempi e nelle situazioni più adeguate ai loro bisogni. Questi pazienti richiedono in prima istanza un approccio diverso per promuoverne l'adesione al trattamento riabilitativo.

È opportuno dilazionare il confronto soprattutto con i pazienti confusi o psicotici o bipolari, che lo tollerano solo in una fase più avanzata, dopo il compenso dei sintomi psicopatologici e l'avvio del trattamento riabilitativo.

Per quanto riguarda la tecnica del management del caso (managed care) che si è rilevata efficace nel mantenere l'equilibrio tra qualità e costi, essa è specifica dell'assistenza continuativa (a lungo termine) nel territorio di casi complessi, è un processo integrato di definizione, implementazione, monitoraggio, valutazione e revisione di un trattamento composito, finalizzato all'individuazione e al soddisfacimento più adeguato dei bisogni "unici" dei pazienti.

È applicabile alla gestione dei pazienti gravi e difficili, che richiedono l'integrazione di più risorse e differenti competenze per fornire prestazioni coordinate, qualitative ed economiche rispondenti ai bisogni personalizzati.

Il manager del caso, responsabile del progetto terapeutico, mediante adeguati interventi di coordinamento per fronteggiare l'eventuale frammentazione, costruisce una rete tra professionisti, Servizi Socio Sanitari e Strutture Riabilitative del Privato Sociale per soddisfare i bisogni complessi (medici, psicologi, sociali, legali, ...) dei pazienti.

Il management del caso è una tecnica fondamentale nella gestione dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica.

In specifico, per quanto riguarda la tecnica del management del caso, gli aspetti salienti della gestione clinica proposti, sono:

- approccio terapeutico individualizzato, a causa della eterogeneità dei pazienti,
- formazione comune tra i clinici del settore psichiatrico e delle dipendenze,
- definizione degli obiettivi terapeutici (stabilizzazione dei sintomi, produzione di cambiamenti, prevenzione delle ricadute, ...),
- misurazione in itinere dei cambiamenti,
- intercambiabilità dei ruoli e delle funzioni dei clinici (da terapeuta a manager del caso),
- interventi basati sulla competenza,
- garanzia del trattamento integrato,
- collaborazione tra i clinici del settore psichiatrico e delle dipendenze,
- sviluppo della rete di sostegno familiare,
- gestione dell'ansia e dell'ostilità da parte dei clinici,
- necessità della garanzia degli aspetti etici del trattamento,
- necessaria integrazione dei Servizi a partire dalle filosofie, dalle politiche e dalle modalità operative (condivisione dei presupposti di base, esplicitazione dei principi fondamentali del lavoro clinico e confronto con altri tipi di trattamento integrato).

Sono stati sottolineati i vantaggi a livello clinico, organizzativo ed economico, dati dal trattamento riabilitativo integrato ispirati alla tecnica del management del caso:

- aumento della compliance,
- aumento del coinvolgimento del paziente,
- aumento dei risultati positivi,
- riduzione dell'uso delle sostanze psicoattive e dei disturbi psichiatrici,
- riduzione dell'ospedalizzazione,
- riduzione dei costi di gestione.

Relativamente alla tecnica del management del caso, sono state individuate le seguenti azioni in un programma specifico per problemi legali, rivolto a dipendenti da sostanze psicoattive con "doppia diagnosi":

- screening e assessment, valutazione ed analisi delle caratteristiche dei pazienti da includere nel programma (gravità del problema, storia sociale, fattori di rischio e problematiche legali);
- progettazione, pianificazione degli specifici bisogni, delle attività da realizzare da parte del paziente e dei corrispondenti interventi per il soddisfacimento dei bisogni stessi;
- rete, collegamenti di rete necessari alla realizzazione del trattamento;
- monitoraggio, verifica periodica del processo di lavoro col paziente mediante il raggiungimento di specifici obiettivi,
- servizi legali;
- ricerca di abitazione, risorsa stabile per il reinserimento sociale,
- training comportamentale, azioni educative e di addestramento di specifiche abilità per la vita quotidiana (gestione del denaro);
- supporto, interventi di counselling e problem solving relativamente alle relazioni con la famiglia di origine e l'ambiente sociale;
- trasporto, trasferimenti per difficoltà di mezzi di trasporto;
- servizi con le autorità, comunicazione e supporto con le autorità legali.

Inoltre, sono stati sottolineati i risultati positivi ottenuti mediante la riduzione dei problemi legali, la remissione dei sintomi, il miglioramento della qualità della vita e la soddisfazione per i servizi ricevuti, inoltre evidenziavano che il trattamento riabilitativo, con la tecnica del management del caso, di questi pazienti con comorbidità psichiatrica e disturbi da uso di sostanze psicoattive, rispetto a sporadici controlli, comporta un costo minore per la società, sia in termini diretti (costo del trattamento vs. costi degli arresti, dei processi e delle carcerazioni) che indiretti per una riduzione dell'attività criminosa.

Linee guida

Anche alcuni autori italiani hanno sottolineato l'opportunità del trattamento riabilitativo integrato ed hanno evidenziato delle linee guida.

Le linee guida per la gestione terapeutica, suggeriscono la creazione di un network fra Ser.T., Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche facenti parte del Sistema di Assistenza del Pubblico e del Privato Sociale, caldeggiando una formazione specifica al fine di una competenza integrata e descrivono la tipologia delle tecniche terapeutiche necessarie: management intensivo del caso, motivazione per promuovere l'astensione dalle sostanze psicoattive, trattamento farmacologico per la dipendenza e per il disturbo psichiatrico, counselling individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, training per le abilità sociali e intervento sulla famiglia. Successivamente queste linee guida, da una revisione della letteratura scientifica, sono state ulteriormente perfezionate; è stata riconfermata la necessità del network tra Servizi Socio Sanitari Pubblici e Strutture Riabilitative del Privato Sociale e della formazione specifica (competenza integrata sui possibili trattamenti, conoscenze farmacologiche e preparazione al lavoro di équipe); è stata suggerita la necessità dell'attenzione per la soddisfazione soggettiva dei pazienti ed è stato ritenuto necessario l'aumento della tipologia dei trattamenti (individuali, di gruppo, familiari, di auto aiuto, educativi ed assistenziali) e della loro accessibilità, con scelta privilegiata

per i trattamenti ambulatoriali compatibilmente alle indicazioni cliniche (con il mantenimento del livello qualitativo e con la riduzione dei costi) e con centralizzazione dell'organizzazione (managed care) che ha dimostrato di mantenere l'equilibrio tra la qualità e i costi.

È stato previsto un percorso specifico: diagnosi con un assessment completo, progettazione dell'intervento a lungo termine con obiettivi intermedi (Modello Stadiale), integrazione delle tecniche terapeutiche con moduli di trattamento, valutazione dei risultati mediante indicatori di outcome e strumenti specifici, rivalutazione periodica dei programmi con introduzione di cambiamenti e standardizzazione. Inoltre, sono state individuate **quattro fasi** del trattamento riabilitativo integrato: 1) ingaggio (costruzione della fiducia terapeutica nel paziente, essenziale per la compliance al trattamento mediante la consapevolezza dei problemi e la motivazione al cambiamento ed il coinvolgimento della famiglia); 2) educazione ai problemi (identificazione e gestione dei problemi, sviluppo delle capacità di coping ed educazione alle regole del programma); 3) trattamento attivo (motivazione all'astensione, tecniche terapeutiche diversificate e follow up a breve e a lungo termine) e 4) prevenzione delle ricadute (terapia di gruppo, gruppo di auto aiuto, ...).

Infine, sono state proposte le tecniche terapeutiche del trattamento riabilitativo integrato centrate sulle condizioni cliniche del paziente:

- pianificazione di un programma a lungo termine (Modello Stadiale),
- management intensivo del caso,
- trattamento farmacologico per stabilizzare i sintomi psichiatrici e di dipendenza,
- intervento psicoeducativo per il paziente e per la famiglia,
- intervento motivazionale per promuovere l'astinenza dalle sostanze psicoattive,
- counselling individuale, familiare e di gruppo,
- psicoterapia individuale (cognitivo-comportamentale, comportamentale, psicodinamica e interpersonale),
- psicoterapia di gruppo (psicodinamica, interpersonale, interattiva, razionale-emotiva, gestaltica, psicodrammatica e sistemica),
- trattamento con gruppo di auto aiuto,
- training per lo sviluppo delle abilità sociali,
- intervento sulla famiglia (counselling, intervento psicoeducativo e terapia familiare),
- trattamento in day hospital e residenziale,
- interventi nell'ambiente di vita,
- valutazione del trattamento (interviste strutturate, monitoraggio dei metaboliti urinari, self-report sull'adattamento e sulla soddisfazione dei pazienti, questionari sulle relazioni familiari e dati sull'uso dei Servizi Socio Sanitari o del medico di medicina generale).

Sono state indicate, anche, alcune avvertenze importanti: non riduzione dei costi a scapito della qualità (trattamento efficace a breve ma non a lungo termine), creazione di un network efficiente (senza eccesso di riunioni e di burocrazia), mantenimento della flessibilità nella standardizzazione, qualità del trattamento residenziale (incisività nella stabilizzazione), équipe terapeutica bilanciata (evitamento del palleggiamento dei problemi), progetto coerente (con affidamento in toto da parte del paziente all'équipe curante), intervento con la famiglia e non scoraggiamento per la mancanza di risultati a breve termine e per le ricadute (complessità e cronicità della situazione, discontinuità e frammentarietà del percorso terapeutico e miglioramento del funzionamento globale del paziente da considerare come un indice positivo).

Esemplificazioni operative. Il protocollo d'intesa Ser.T., Servizio di salute mentale e Comunità terapeutica

Relativamente alla doppia diagnosi la Giunta Regionale del Veneto ha emanato la D.G.R. n. 3745 del 5 dicembre 2003 "Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra i Dipartimenti di Salute Mentale delle aziende ULSS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica", sottolineando come la doppia diagnosi rappresenti attualmente la nuova problematica con cui gli operatori dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze debbono confrontarsi: infatti, da tempo si è notato un progressivo aumento dei pazienti che presentano problemi psichiatrici accanto alla dipendenza da sostanze psicoattive ed all'alcol-dipendenza, la complessità dei problemi riguardanti questa tipologia di pazienti rappresenta, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, l'attuazione di trattamenti integrati previa una precisa valutazione e classificazione dei singoli casi, anche in conformità all'elevata percentuale di drop-out. Il termine doppia diagnosi è adottato per indicare pazienti che contestualmente manifestano problemi di dipendenza e disturbi psichiatrici di una certa importanza, infatti una semplice copresenza dei due disturbi non necessita di un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico.

Il trattamento integrato, con la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi da parte di un'unica équipe specializzata e competente nel trattamento dei disturbi di dipendenza e nei disturbi psichiatrici, con una spiegazione e prescrizione terapeutica coerenti al paziente invece di un insieme di messaggi contraddittori di due diverse équipe curanti, sembra essere il modello più completo, in quanto i trattamenti effettuati in questa modalità di lavoro riducono i conflitti tra i curanti ed eliminano le difficoltà per i pazienti di seguire due programmi terapeutici.

Questo settore di intervento inoltre è particolarmente complesso in quanto comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità assistenziale di più Servizi aprendo problemi di tipo etico e gestionale; il primo dei quali è quello della titolarità della presa in carico di questi pazienti, con responsabilità dell'attuazione dei percorsi terapeutico-assistenziali durante le diverse fasi del percorso di trattamento, per cui risulta indispensabile che a livello locale (Az. ULSS) venga adottato un Protocollo Operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze e il Dipartimento di Salute Mentale con l'obiettivo di permettere e facilitare la gestione operativa dei casi clinici che presentino rilevanti problematiche psicopatologiche associate ai comportamenti d'abuso.

Il Protocollo Operativo deve stabilire:

- i modi dell'accertamento diagnostico e delle collaborazioni dei Servizi allo stesso;
- i tempi e le modalità di definizione dei programmi terapeutici, compresa la definizione del Servizio referente, del case manager e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per psicofarmaci;
- le modalità di gestione dell'urgenza compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera;
- la metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali;
- le modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali;
- le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali;
- i livelli di responsabilità all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale relativamente alle attività sopra elencate.

Specificatamente per quanto riguarda i pazienti inseriti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali, l'assistenza ordinaria (emergenza e gestione ordinaria) è di competenza dei Dipartimenti per le Dipendenze e di Salute Mentale del territorio di sede della Comunità Terapeutica, previa valutazione preliminare all'ingresso, intesa dell'adeguatezza del programma terapeutico riabilitativo previsto da una Convenzione/Intesa tra Comunità Terapeutica, Dipartimento per le Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale.

Sono previsti inoltre un Gruppo di Lavoro Interdipartimentale per la verifica e l'applicazione del Protocollo Operativo e un Gruppo di Lavoro Regionale per la verifica dell'applicazione delle Linee Guida Regionali del Protocollo Operativo.

Successivamente la Giunta Regionale del Veneto ha emanato la D.G.R. 4244 del 30 dicembre 2003 "Variazione degli importi delle rette giornaliere per le Comunità Terapeutiche private e pubbliche, per tossicodipendenti per l'anno 2004" su richiesta del Coordinamento Veneto delle Strutture Terapeutiche (COVEST) adeguando le rette in base agli indici nazionali dei prezzi elaborati dall'ISTAT, in modo da valorizzare la qualità e la quantità delle attività terapeutico-riabilitative e da mantenere elevati gli standard di qualità offerti dalle Strutture Riabilitative.

Il valore delle rette giornaliere previste per le Strutture è il seguente:

- Comunità Terapeutica Cat C (Doppia Diagnosi)
 - Residenziale 61,59 euro
 - Semiresidenziale 49,27 euro

I punti critici del trattamento riabilitativo integrato

Sebbene esistano diversi modelli di trattamento riabilitativo della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, tutti rivelano dei punti critici per la buona riuscita dei programmi.

I punti critici del trattamento riabilitativo riguardano il reclutamento, la continuità e la globalità del trattamento, le fasi del trattamento e la valutazione continua con l'aggiornamento della diagnosi e della gravità.

Il reclutamento è la fase in cui si favorisce la partecipazione del paziente al trattamento e può comprendere misure "di attrazione", come la messa a disposizione di cibo, di alloggio e di assistenza medica, la rimozione di eventuali ostacoli al trattamento e l'adeguamento ai bisogni individuali, come l'estensione dell'orario di apertura del Servizio alle ore serali.

Questa fase è, di solito, caratterizzata da difficoltà associate all'inserimento nel trattamento riabilitativo ed è un processo che ha come obiettivo il mantenimento in trattamento dei pazienti e l'aiuto a gestire i problemi che via via si presentano successivamente.

Il reclutamento è caratterizzato da tre aspetti fondamentali: la relazione personalizzata con il paziente, la sua centratura sui bisogni individuali e il suo mantenimento nel tempo.

Con i dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata risulta opportuno adattare le tecniche di reclutamento alla natura, alla gravità e al grado di compromissione tossicologica, psichica e sociale derivante dal "disturbo doppio". L'inserimento in trattamento riabilitativo di un paziente con un disturbo d'ansia, da attacchi di panico o con un disturbo depressivo richiede un approccio diverso rispetto ad un paziente con disturbo bipolare o schizofrenico e poliabuso.

Nei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata sono fondamentali la continuità e la globalità del trattamento riabilitativo.

Nel trattamento riabilitativo integrato, per molti pazienti si rendono necessari trattamenti diversi, anche in luoghi diversi, nel corso delle diverse fasi della storia clinica, e per questo motivo è opportuno un management del caso continuativo e globale con un trattamento del disturbo da uso delle sostanze psicoattive, un trattamento psichiatrico e un programma psicosociale.

Per dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata il Sistema di Assistenza deve prevedere nel suo complesso l'accesso sia ai trattamenti finalizzati alla sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive, sia a quelli per i quali essa costituisce un prerequisito all'ingresso, sia infine ai trattamenti di mantenimento con farmaci agonisti degli oppiacei come Metadone e Buprenorfina o Acido Gamma Idrossibutirico, con i diversi livelli di assistenza. Altrettanto importante è la definizione delle tre fasi del trattamento: acuta, subacuta e cronica.

Nella fase acuta (fenomeno ad esordio repentino) il compenso dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica comprende la gestione delle emergenze tossicologiche, mediche e psichiatriche (intossicazioni acute, crisi di astinenza, incidenti, malattie correlate, comportamenti suicidari, episodi aggressivi e di violenza, discontrollo degli impulsi e disturbi psicotici).

Il compenso in fase acuta dei disturbi da uso di sostanze psicoattive inizia con la disintossicazione in regime di ricovero ospedaliero in caso di sintomatologia astinenziale significativa, in regime di day hospital (ambulatorio integrato) quando la sintomatologia astinenziale è moderata o lieve, e infine, se si tratta di un'astinenza non fisica (craving), mediante i trattamenti di prevenzione della ricaduta farmacologici, educativi e psicosociali.

Inoltre, il compenso in fase acuta può essere ottenuto con un'induzione e una stabilizzazione più rapide del trattamento di mantenimento con Metadone o con Buprenorfina o con Acido Gamma Idrossibutirico, con una dose maggiore rispetto ai pazienti senza "doppia diagnosi".

Nel caso di un paziente con sintomi psichiatrici che non si riesce a disintossicare ambulatorialmente è necessario proporre la disintossicazione in ambiente protetto, come una Unità Operativa Ospedaliera, con l'obiettivo di controllare la sintomatologia, che può, in quanto complicazione, essere pericolosa per il paziente e per i familiari.

Di fronte ad un rifiuto di ricovero la proponibilità di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) non è correlata tanto allo stato di intossicazione ma, come per tutti gli altri disturbi psichiatrici, al grado di pericolosità per sé e per gli altri.

Come alternativa si può tentare una disintossicazione in day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriale associando psicofarmaci e ponendo attenzione alle interazioni farmacologiche negative con le sostanze psicoattive, che si manifestano sia contrastando gli effetti terapeutici che peggiorando gli effetti indesiderati. Il compenso in fase acuta del disturbo psichiatrico viene ottenuto di solito nei Servizi di Salute Mentale e nelle Unità Operative di Emergenza Medica (Pronto Soccorso) con trattamenti di impegno diverso.

Il riscontro di un disturbo psicopatologico grave, psicotico, aggressivo, violento o incontrollato richiede il ricovero d'urgenza in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, mentre il trattamento di pazienti con sintomatologia meno grave può essere avviato in regime di day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriale.

Nel caso di un paziente senza referenti o deteriorato socialmente è opportuno il ricovero in una Unità Operativa Ospedaliera o in una Struttura Riabilitativa o anche in una

Struttura Istituzionale (servizi sociali comunali, agenzie territoriali, ...) o l'invio a una Struttura di Volontariato (gruppo di auto aiuto).

È necessario promuovere il coinvolgimento del paziente nel Sistema di Assistenza ed attivare collegamenti (Rete forte) con i diversi programmi del Sistema delle Dipendenze.

Per quanto riguarda la fase subacuta (stadio evolutivo intermedio tra la fase acuta e alternativamente la risoluzione o la cronicizzazione), nei dipendenti da sostanze psicoattive recentemente disintossicati, frequentemente, si manifestano malessere psicofisico, depressione, ansia e insonnia, anche protratti per alcuni giorni o settimane ("Sindrome di astinenza protratta").

Nei pazienti con comorbidità psichiatrica associata questa sintomatologia può essere interpretata sia come espressione subacuta di astinenza che come prodromi di ricaduta depressiva.

Nonostante la fase subacuta non sia considerata un momento di crisi, in realtà, è necessario considerare questa sintomatologia di somatizzazione e depressiva e trattarla per non favorire l'aggravamento, lo scompenso e la riacutizzazione del disturbo da uso di sostanze psicoattive.

Sono opportuni un'ulteriore valutazione diagnostica (diagnosi di II livello) e un adeguato supporto educativo e psicosociale; in questa fase, inoltre, possono essere pianificati gli obiettivi e le soluzioni a medio o lungo termine con l'individuazione del trattamento riabilitativo integrato personalizzato.

Per quanto riguarda la fase cronica (a lungo termine), la gestione del trattamento riabilitativo a medio o lungo termine è effettuata dai Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale del Sistema delle Dipendenze che effettuano trattamenti di day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriali o territoriali o semiresidenziali o residenziali.

Il "peso" del trattamento riabilitativo (intensità assistenziale) dipende dalla gravità del disturbo e dalla motivazione al trattamento, come pure dalle risorse personali e della rete sociale.

Nei casi più difficili e gravi, come la comorbidità psichiatrica associata al disturbo da uso di sostanze psicoattive, si rivela essenziale il ruolo del manager del caso e l'attuazione di un trattamento riabilitativo integrato personalizzato coordinato (Rete forte) con il Sistema delle Dipendenze.

Il trattamento psicofarmacologico

Il trattamento psicofarmacologico per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive consigliato è simile a quello dei disturbi psichiatrici semplici, con alcune indicazioni specifiche, fondamentali per la gestione terapeutica e per la compliance al trattamento.

Il trattamento farmacologico per la dipendenza associato a quello per la comorbidità psichiatrica, seguendo alcune indicazioni specifiche (Fig. 1) permette il controllo dei fattori neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, astinenza e craving) e psicopatologici (comorbidità psichiatrica e di personalità), rafforza la motivazione e favorisce la permanenza attiva nei trattamenti riabilitativi psicosociali rivolti allo sviluppo delle potenzialità psicologiche e relazionali ed al cambiamento dello stile di vita, affinché il paziente possa gestire i comuni eventi stressanti e le situazioni a rischio della vita quotidiana.

Il trattamento psicofarmacologico della comorbidità psichiatrica associata con la dipendenza da sostanze psicoattive ha alcuni punti critici relativi alla sua efficacia, che è opportuno

Fig. 1 - Modalità di somministrazione del trattamento farmacologico per la prevenzione della ricaduta

Il trattamento farmacologico della dipendenza è attuato con una strategia personalizzata, concordata (consenso informato) e flessibile, mediante induzione graduale con basse dosi, mantenimento con dose minima efficace, monitoraggio regolare e prolungato, durata individualizzata e sospensione graduale. Inoltre è previsto un lavoro su aspetti importanti della gestione terapeutica e per favorire la compliance del paziente (minimizzazione o negazione del disturbo, informazioni sul piano terapeutico, regime terapeutico complesso con più farmaci e in più somministrazioni giornaliere, coinvolgimento nel trattamento di più clinici, insoddisfazione per gli effetti indesiderati, mancanza di fiducia, insoddisfazione per il mancato beneficio correlato ad aspettative irrealistiche disattese e per situazioni transferali/controtransferali della relazione medico-paziente, difficoltà finanziarie e obblighi conflittuali di tempo), dell'ambiente sociale (conoscenze ed atteggiamento della famiglia e del gruppo sociale di riferimento verso il disturbo ed il farmaco) e dell'ambiente terapeutico (modalità di prescrizione, di somministrazione e di gestione del farmaco) e sulle possibili resistenze psicologiche al farmaco (farmaco come: oggetto di critica, sostituto alla condivisione, generatore di dipendenza, occasione di deresponsabilizzazione, rimedio onnipotente, prova di malattia organica, sostituto relazionale, veleno e sfida alla capacità del medico)

valutare attentamente: il potenziale d'abuso, le interazioni farmacologiche avverse, il momento più opportuno d'inizio, la compliance, la resistenza e la collaborazione tra operatori del Ser.T. e tra Servizi Socio Sanitari Pubblici e Strutture Riabilitative Private del Sistema delle Dipendenze.

Il trattamento psicosociale

Il trattamento riabilitativo psicosociale, associato al trattamento farmacologico anticraving e con psicofarmaci, viene attuato mediante tecniche terapeutiche diversificate come counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, inserimento in Cooperativa di lavoro e inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna.

Il trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico

L'uso degli psicofarmaci in associazione con la psicoterapia, come pratica clinica molto comune e in rapida espansione, è un aspetto della complessità presente nel trattamento riabilitativo integrato, che necessita di una gestione corretta per migliorare la qualità e l'efficacia del trattamento riabilitativo. Questa tecnica terapeutica combinata, definita "psicoterapia ad orientamento farmacoterapeutico", è basata sull'evidenza che il trattamento farmacologico aiuta a ridurre l'irritazione, l'ostilità e l'aggressività e migliora la comunicazione, le relazioni interpersonali e la partecipazione al processo psicoterapeutico, mentre la psicoterapia aiuta il paziente ad accettare lo psicofarmaco.

Il terapeuta psichiatra deve "essere sicuro" e considerare i disturbi psichici come eventi biopsicosociali e non separare la psiche dal corpo; deve cioè avere un modello interpretativo unitario in cui il disturbo psicopatologico viene interpre-

tato come un'interazione tra processi biologici e psicologici (disturbo biopsicosociale).

Il terapeuta psichiatra, come in ogni tipo di trattamento psicoterapeutico, deve essere cosciente delle proprie emozioni, conscie ed inconscie (controtransfert).

Deve essere consapevole della propria irritazione e rabbia di fronte al paziente che non segue il trattamento farmacologico prescritto, evitando un comportamento negativo (autoritario, minaccioso, punitivo o di rifiuto).

Deve inoltre essere consapevole dei propri atteggiamenti psicologici nei confronti dei farmaci: eccessiva prescrizione di farmaci legata alla rabbia ed all'impotenza, induzione del senso di colpa nel paziente, collusione con la mancanza di compliance per dimostrare la gravità del paziente, tendenza al maltrattamento ed all'allontanamento del paziente, mancanza di empatia e paura che il paziente possa arrabbiarsi.

Gli psicofarmaci non possono sostituire l'alleanza terapeutica, non sono una scorciatoia terapeutica e non possono rimpiazzare il coinvolgimento intenso del terapeuta psichiatra che conduce la psicoterapia.

È necessario evitare le prescrizioni farmacologiche "nichiliste", determinate dal non credere nella psicoterapia e nella motivazione del paziente, o le assenze di prescrizioni determinate dalla sopravvalutazione della psicoterapia o dalla sottovalutazione degli psicofarmaci.

Ogni paziente deve essere valutato individualmente, considerando il rapporto rischio-beneficio in modo che l'individuo non venga punito, privato del trattamento adeguato o trattato in modo sbagliato.

Nel caso di un disturbo da uso di sostanze psicoattive, di un disturbo borderline di personalità o di un rischio suicidiario il trattamento con psicofarmaci è essenziale.

È importante che il terapeuta psichiatra abbia chiari, anche, gli aspetti del transfert del paziente che influenzano la compliance: il clinico è vissuto come autoritario o controllante, il clinico minaccia gli atteggiamenti di contro dipendenza del paziente, il paziente avverte il clinico come una figura materna che avrà cura dei suoi bisogni e pertanto assume un atteggiamento passivo, il paziente rifiuta l'aiuto per sconfiggere il clinico, il paziente sviluppa un transfert verso il farmaco ed, infine, il clinico è vissuto come eccessivamente arrendevole nella tecnica psicoterapeutica.

Il trattamento psicofarmacologico è più utilizzato nell'ambito della psicoterapia psicodinamica supportivo-espressiva, in quanto questo tipo di psicoterapia è associato all'offerta di consigli, alla guida terapeutica e ad altri fattori relazionali, con minor difficoltà ad usare psicofarmaci sia per il terapeuta che per il paziente.

Anche nella psicoterapia di gruppo l'uso associato di psicofarmaci può contribuire a ridurre il ritiro, l'isolamento, l'evitamento, la timidezza, l'ostilità ed altri sintomi psicopatologici, che interferiscono con le relazioni interpersonali e sociali, che sono fondamentali per la coesione, l'apprendimento interpersonale, l'attivazione della speranza, l'identificazione e per altri fattori terapeutici propri della psicoterapia di gruppo. Analogamente, il trattamento psicofarmacologico è utilizzato per aumentare l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale, di quello comportamentale e di quello interpersonale.

Se persiste una resistenza al trattamento combinato, è opportuno che il terapeuta psichiatra consideri i fattori di resistenza alla compliance: malattia preferibile alla salute, punizione avvertita come meritata, malattia negata a causa della stigmatizzazione, identificazione inconscia con un familiare "malato" respinta e fattori psicologici prevalenti sugli effetti farmacologici.

La compliance, cioè il grado di adesione alle raccomandazioni del clinico, aumenta quando la relazione terapeuta-paziente è positiva ed il rifiuto di assumere il farmaco può essere espressione di un transfert negativo, in quanto il paziente non riesce ad esprimere la sua ostilità direttamente al terapeuta, ma lo fa indirettamente, mediante la non compliance, mentre per il resto egli appare ben disposto e collaborativo.

L'atteggiamento ambivalente per gli psicofarmaci da parte di alcuni pazienti è collegato alla confusione nei confronti del trattamento psicofarmacologico, in quanto esiste la credenza di non poter più controllare la propria vita e di diventare dipendenti dal farmaco stesso e di doverlo assumere per sempre.

È necessario spiegare la differenza tra le sostanze psicoattive d'abuso e gli psicofarmaci, precisare in particolare che i farmaci antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore non inducono dipendenza.

Inoltre, è opportuno spiegare se il trattamento farmacologico è cronico, a mantenimento, e se il piano terapeutico lo prevede, con il progredire del trattamento, responsabilizzare il paziente all'aggiustamento della dose, cosicché si sentirà meno controllato dal farmaco e potrà sentire di avere un rapporto di collaborazione con lo psichiatra terapeuta.

La psicoterapia

La psicoterapia individuale

Il trattamento di psicoterapia individuale (ad orientamento psicodinamico supportivo-espressivo) è basato su alcuni elementi generali: buona conoscenza dei bisogni dei pazienti, stabilità del setting, accettazione empatica, ascolto e comprensione, frequenza dei contatti, maggiore attività del terapeuta, tolleranza dell'ostilità del paziente (transfert negativo), attenzione ai sentimenti controtransferali, connessione tra azioni e sentimenti attuali del paziente, impedimento dell'acting-out, indicazioni, consigli, confronto, chiarificazione, elaborazione ed interpretazione del qui e ora.

Oltre alle indicazioni, basate sulle caratteristiche positive ed agli indicatori prognostici, è opportuno ricordare altri aspetti: le controindicazioni (gravi patologie organiche, psicosi e disturbo antisociale di personalità), l'inizio e i tempi del trattamento (precoce, con una fase iniziale di supporto, confronto, chiarificazione ed interpretazione sulla dipendenza prima e sulle altre aree della vita successivamente e valutazione del termine del trattamento), la frequenza delle sedute (una-due volte la settimana), gli aspetti tecnici generali (attenzione ai problemi concreti), i parametri terapeutici (elementi strutturanti, setting, attività e astinenza), gli altri strumenti terapeutici (Programma Globale), le basi del trattamento (trattamento stadiale con fasi e focus specifici: all'inizio lavoro sulla fiducia, sull'alleanza di lavoro e sulla formulazione della diagnosi e sull'accettazione dell'aiuto, successivamente sul problema più urgente) l'osservazione delle ricadute, l'accettazione di sé nella guarigione (autoconsapevolezza e percezione di sé), la valutazione e lo sviluppo delle risorse positive (autostima e speranza), la gestione della relazione terapeuta-paziente (sintonia, transfert negativo, controtransfert problematico che necessitano di formazione adeguata, esperienza, consulenza e supervisione per evitare che condizionino negativamente la compliance e l'esito del trattamento).

La psicoterapia di gruppo

Il trattamento di psicoterapia di gruppo, si fonda sui seguenti elementi generali: selezione (criteri di inclusione: età non

elevata, buon livello intellettuale e culturale, stabilità (auto-disciplina) forte motivazione, predisposizione psicologica all'introspezione, desiderio di capire e trovare un significato, buona forza dell'io, disagio sufficiente tale che il paziente tolleri le frustrazioni terapeutiche e problemi nelle relazioni interpersonali e sociali), preparazione (spiegazione del programma, discussione del contratto terapeutico e motivazione), strutturazione (attività del terapeuta e concentrazione sul particolare, l'interpersonale e sul qui e ora), sicurezza del setting (sicurezza fisica e psicologica e supporto coordinato con gli altri trattamenti), attività del terapeuta (mantenimento della sicurezza e della struttura grupppale), sostegno e confronto (empatia, comprensione, supporto, direzione, ...) e coesione e identificazione (consapevolezza di Sé e delle altre persone e condivisione).

L'efficacia del terapeuta

Un aspetto della complessità del trattamento riabilitativo integrato, che deve essere considerato, è costituito dai fattori determinanti l'efficacia del trattamento riabilitativo, che sono rappresentati dalle variabili relative al paziente, dalle differenti tecniche del trattamento e dalle caratteristiche del terapeuta.

In particolare, per quanto riguarda il terapeuta, l'efficacia dello stesso consiste nell'entità del miglioramento (come miglioramento clinico e mantenimento in trattamento) del paziente, che può essere attribuito unicamente al terapeuta, piuttosto che alle caratteristiche del paziente, al tipo di trattamento riabilitativo o ad altro fattore.

Le caratteristiche del terapeuta che favoriscono l'efficacia sono rappresentate da caratteristiche inerenti il trattamento e da quelle extraterapeutiche.

Tra le prime risultano fondamentali la capacità di instaurare una buona relazione interpersonale nell'ambiente della seduta e una buona alleanza terapeutica mediante l'empatia, il calore umano, la spontaneità, la cordialità, l'atteggiamento positivo e comprensivo, l'aiuto, la protezione, il rispetto, la concretezza, il sostegno all'autostima, l'utilizzo efficace delle risorse esterne al contratto terapeutico e l'assenza del disprezzo, del biasimo, della collera e dell'ansia.

Anche l'"ortodossia" delle tecniche terapeutiche applicate, come conformità del terapeuta alle prescrizioni di un protocollo terapeutico, la formazione specifica, la competenza professionale, l'esperienza e la soddisfazione del paziente sono importanti per l'efficacia.

I tratti specifici e necessari per i terapeuti che lavorano con i pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive sono: maggiore attività, maggiore capacità di tollerare la rabbia del paziente e di controllare la propria, minore rigidità, maggiore fermezza nel far valere i valori, maggiore carisma, maggiore carica emotiva, capacità di trascinare, maggiore attenzione ad evitare lotte di potere, maggiore confronto appropriato con il paziente (gestione dei meccanismi di difesa accentuati), piacere nel lavoro, capacità di gestire i problemi associati alla dipendenza (disturbi psichiatrici, AIDS, ...), forte resistenza al burn out, resistenza al controtransfert negativo (visione del paziente come rifiuto della società, come manipolatore o come meritevole di speciale indulgenza, indifferenza alle lamentele del paziente, cinismo, considerazione a priori del paziente come bugiardo, ostilità, desiderio di controllo, sorvolare su regole fondamentali, come ritardo ed assenza alle sedute, permissività, far trasparire la noia, sollecitudine esagerata, interruzione del trattamento, rinuncia ed espressione di sentimenti altalenanti e intensi).

Il trattamento comunitario

Anche l'abbinamento (matching) con il possibile trattamento comunitario residenziale o semiresidenziale rappresenta un aspetto della complessità del trattamento riabilitativo integrato che deve essere gestito in modo corretto ed efficiente; la proposta di inserimento confluisce all'interno dell'équipe curante anche in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale, ed è attuata grazie ad una preliminare mappatura delle Comunità Terapeutiche Residenziali (CTR) e Semiresidenziali (Diurne) (CTD) secondo criteri organizzativi e terapeutici e mediante delle procedure che costituiscono il processo di abbinamento.

Sono stati evidenziati come indicatori predittivi di ritenzione in trattamento i fattori dinamici: percezione della situazione legale, motivazione, prontezza e idoneità al trattamento, condizione psicologica e disturbo psichiatrico e di personalità, socializzazione e rappresentazioni relative al programma comunitario.

Le analisi effettuate hanno favorito l'evoluzione del trattamento comunitario tradizionale con lo sviluppo di programmi speciali e più personalizzati (servizi per le famiglie, servizi medici, servizi per le madri, training di prevenzione della ricaduta, counselling individuale, psicoterapia, servizi per gli adolescenti, servizi per la salute mentale, ...) e hanno evidenziato alcuni criteri di inclusione ed indicatori predittivi dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo comunitario.

In particolare, il trattamento riabilitativo dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica necessita di una continua riflessione sulla gestione terapeutica e sulla sua rigidità, in modo che sia privilegiata la costruzione di una relazione terapeutica personalizzata.

Inoltre, è necessario che siano stabiliti dei criteri di inclusione e di esclusione del trattamento comunitario residenziale, in quanto non è possibile pensare che tutti i disturbi da dipendenza e psichiatrici possano essere trattati positivamente.

Il criterio nosografico e sintomatologico secondo il DSM IV non è sufficiente per una corretta valutazione di fattibilità della presa in carico comunitaria, pertanto è opportuno considerare anche, alcuni criteri che appaiono validi, in quanto tengono conto delle effettive risorse, sia del mondo interno del paziente che dell'ambiente sociale, sono:

- rapporto del paziente con il proprio disturbo (coscienza di malattia ed egosintonicità del sintomo);
- livello di autostima e senso di valore di sé;
- disponibilità al cambiamento e capacità di rappresentazione di sé nel futuro;
- capacità di riflettere su di sé e capacità di rinunciare all'attribuire o a chiedere alle altre persone anziché a se stessi;
- capacità di stare in gruppo e controllo degli impulsi;
- assenza di marcate fantasie suicidarie e precedenti TSO anamnestici;
- assenza di una lunga serie di fallimenti terapeutici precedenti;
- assenza di una documentata grave impulsività;
- discriminazione tra delinquenzialità come sintomo e delinquenzialità come caratterialità (disturbo antisociale di personalità);
- capacità di reggere relazioni troppo strette e continue (vulnerabilità);
- presenza di legami familiari stabili;
- bassa conflittualità tra i componenti della famiglia e con il paziente;
- basso livello di atteggiamenti mortificanti e distruttivi.

Attualmente, pertanto, vi sono alcuni indicatori predittivi in grado di fornire affidabilità o garanzie di outcome positivi, anche se non in termini assoluti, e vi sono inoltre dei criteri e delle procedure operative che rendono meno casuale ed improvvisato il processo dell'abbinamento del trattamento riabilitativo comunitario.

Un assessment multidimensionale e multidisciplinare, un approfondimento psicodiagnostico clinico e con strumenti e la successiva costruzione di un piano terapeutico personalizzato (care planning), sono prerogative importanti per implementare un trattamento riabilitativo comunitario residenziale o semiresidenziale.

A seconda delle risultanze emerse rispetto al "tipo di paziente" ed ai suoi bisogni e alle problematiche espresse, l'abbinamento deve assestarsi su alcune tipologie di Programmi/Trattamenti specifici, offerti dalle Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne, individuati in: Programma educativo e di vita, Programma assistenziale, Programma terapeutico, Programma specialistico o per doppia diagnosi.

Un aspetto molto importante, relativo alla qualità dell'assistenza e preliminare all'abbinamento del trattamento riabilitativo comunitario, è quello di predisporre una "mappatura" delle varie Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne che si intendono utilizzare.

Questo tipo di lavoro dovrebbe censire tali Comunità secondo precisi criteri organizzativi e terapeutici delle Strutture Riabilitative, che erogano i servizi, e che portino a raccogliere le seguenti informazioni: personalità giuridica dell'Ente che gestisce la CTR e la CTD; Categoria di appartenenza (a seconda dei criteri adottati da ogni singola Regione); Tipologia della struttura (residenziale, semiresidenziale, diurna, ...) e tipologia delle prestazioni erogate.

Le caratteristiche specifiche di un programma di Comunità Terapeutiche Residenziale dovrebbero essere:

- centratura su un programma diagnostico e terapeutico personalizzato;
- preferenza per situazioni cliniche problematiche/difficili (non risposta a trattamenti ambulatoriali e territoriali, problematiche familiari e sociali gravi, comorbilità psichiatrica);
- valorizzazione degli aspetti riabilitativi (motivazionali, psicologici e psicopatologici, relazionali e sociali);
- disponibilità di una vasta gamma di strumenti diagnostici e terapeutici da applicare in modo personalizzato;
- pianificazione di un programma after-care personalizzato.

L'utilizzo corretto delle strutture residenziali, in collegamento con la rete territoriale del Sistema delle Dipendenze, può comportare un risparmio diretto come costi assistenziali ed indiretto come efficace opportunità di riabilitazione per i pazienti gravi e difficili.

L'integrazione dei trattamenti, dei servizi e delle strutture

Per quanto riguarda la collaborazione e l'integrazione tra i Servizi Socio Sanitari Pubblici e le Strutture Riabilitative del Privato sociale, bisogna evidenziare che i pazienti comorbili o "duali" necessitano di un trattamento personalizzato e, tra i tre modelli di trattamento riabilitativo a cui fa riferimento l'attuale letteratura scientifica, Seriale, Parallelo e Integrato, quest'ultimo sembra rispondere meglio ai bisogni complessi dei pazienti e dei clinici coinvolti nel Sistema delle Dipendenze.

L'approccio multidisciplinare e integrato, in cui sono considerati i diversi aspetti della vita del paziente e che permet-

te una presa in carico globale, è basato sulla tecnica del management del caso, come procedura di coordinamento di prestazioni e di responsabilizzazione degli operatori coinvolti riguardo ai risultati del loro lavoro. Il manager del caso risulta il coordinatore e il tessitore dei vari trattamenti istituzionali e del Privato Sociale, attuati sul paziente ed è il responsabile del funzionamento dell'intero Sistema di Assistenza.

Il modello integrato e il management del caso sono due metodologie che permettono di comprendere e gestire la complessità e la multidimensionalità e favoriscono l'integrazione; inoltre dovrebbero divenire la piattaforma condivisa per costruire protocolli operativi tra i Servizi (Ser.T., Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche) del Sistema delle Dipendenze per la gestione terapeutica dei pazienti comorbili, con l'obiettivo primario di condividere la fase valutativa, gli approfondimenti diagnostici (clinici e strumentali), la tipologia dei trattamenti e dei programmi e gli indicatori di trattamento e le verifiche, per una presa in carico che diverrà appunto globale e integrata, evitando la "separazione dei luoghi di cura".

Il governo dell'ambiente terapeutico

Per migliorare la gestione terapeutica dei dipendenti da sostanze psicoattive e soprattutto di quelli con comorbilità psichiatrica associata, all'interno del Ser.T. e delle altre Strutture del Dipartimento per le Dipendenze, sono necessarie una costante attenzione e verifica dell'ambiente terapeutico (équipe curante, contratto terapeutico, trattamenti diversificati, ...), dei processi di trattamento e dei risultati ed una formazione e supervisione del personale, che tende a percepire, spesso, i pazienti con comorbilità psichiatrica come "troppo fragili" per la riabilitazione psicosociale e tende ad indirizzarli più spesso ad altri Servizi Socio Sanitari ed alle Strutture Riabilitative del Privato Sociale.

A questo riguardo deve essere, anche, ricordata l'integrazione necessaria con il Dipartimento di Salute Mentale e con le Strutture Riabilitative per "Doppia Diagnosi" mediante lo sviluppo di una cultura condivisa (conoscenze e linguaggio comuni relativi agli aspetti neurobiologici, farmacologici, psicologici, psichiatrici, assistenziali, diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici) e l'attuazione di protocolli d'intesa ed operativi, frutto di una comunicazione e di una valutazione continua della pratica clinica quotidiana e di una formazione e supervisione comuni.

Il sistema per la qualità

La valutazione

All'interno di un trattamento riabilitativo, la valutazione costituisce un momento procedurale importante nel percorso riabilitativo in quanto a questa fase di follow up (monitoraggio) competono le decisioni relative all'indicazione, alla conduzione, alla prosecuzione o alla conclusione del trattamento, specificamente per quanto riguarda le modifiche più opportune per favorirne il buon andamento ed esito.

La valutazione del trattamento riabilitativo, inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica della gravità clinica effettuata all'ingresso; deve essere multidimensionale, dinamica, da varie fonti e con vari strumenti. La valutazione è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità e anche dopo il termine del trattamento.

La valutazione che deve essere formale e standardizzata, ha come obiettivo il miglioramento del trattamento riabilitativo e dei suoi risultati.

Esiste una valutazione del processo (procedura) e una valutazione dell'esito; la valutazione del processo prevede che il trattamento riabilitativo sia definito in un Protocollo e in un manuale formale; la valutazione dell'esito riguarda le diverse aree della vita, inoltre è opportuna una autovalutazione con scale di self report che aumenta le tipologie di valutazione del trattamento riabilitativo.

Risulta necessario implementare un modello di valutazione (verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento) mediante un sistema di Qualità. Il sistema, gestito dagli operatori dell'équipe curante, deve prevedere le modalità di raccolta dei dati, i tempi di raccolta, gli strumenti e gli indicatori (output e outcome).

Per la valutazione continuativa degli obiettivi specifici sono previsti indicatori relativi alle prestazioni rese (output) e agli esiti prodotti (outcome).

Gli indicatori di outcome sono: il grado di compensazione dei casi in trattamento e l'incidenza delle ricadute/tasso di ritenzione dei casi in trattamento (indicatori medici e psicosociali: uso di sostanze psicoattive, grado di astinenza e craving acuto e residuo, disturbi psicopatologici, parametri fisici, effetti indesiderati, reazioni avverse, performance globale, qualità della vita, ricadute e adesione al programma).

La verifica degli indicatori di ritenzione, andamento ed esito del trattamento (outcome) è diversificata per la I° fase del trattamento (stabilizzazione o disintossicazione rapida) e per la II fase del trattamento (riabilitazione/prevenzione della ricaduta).

La valutazione di efficacia del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta è opportuno sia effettuata a tempi prestabiliti (1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24° mese).

La valutazione è effettuata con la misurazione ed il giudizio mediante la cartella clinica comprendente la scheda paziente, la scheda follow-up, i questionari e le scale di valutazione, gli esami bioumorali, i dosaggi chimico tossicologici e le indagini strumentali. ✎

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM IV). Masson, Milano, 1996.
- Backman K.M., Moggi F., Hirshbrunner H.P., Donati R., Brodbeck J., "An integrated treatment program for dually diagnosed patients", *Psychiatric Services*, 48(3), 1997.
- Backman K.M., Moggi F., Hirshbrunner H.P., Donati R., Brodbeck J., Hercek V., "Dual diagnosis: a diagnostic and nosologic entity by its own?", *Biological Psychiatry*, 42, 1997.
- Ball S.A., "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "Alcune considerazioni preliminari sul concetto di doppia diagnosi", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca nella comorbidità*, Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002.
- Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., "Disturbi psichiatrici e addiction", in Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, cit.
- Biondi F., Dimauro P.E., "La doppia diagnosi in una prospettiva istuzionale", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 4, 2001.
- Cancrini L., Nocerino S., "Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e continuità terapeutica: un'esperienza di lavoro", *I quaderni di Itaca*, 6, 2000.

- Cataldini R., "Comorbidità e dipendenze", *Mission*, 7, 2003.
- Clark R.E., Ricketts K., "Legal system involvement and costs for persons in treatment for severe mental illness and substance use disorders", *Psychiatry service*, 50, 1999.
- Clerici M., Carrà G., "Implicazioni cliniche della comorbidità per la depressione nei disturbi da uso di sostanze psicoattive", *Bollettino OMS Salute Mentale e Neuroscienze*, 4, 1997.
- Clerici M., *Tossicodipendenza e psicopatologia. Indicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici*, FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Costa P.T., *The neo personality inventory manual, psychological assessment resources*, Odessa, 1985.
- Costa P.T., *The nei-pi/neo-ffi manual Supplement, Psychological assessment resources*, Odessa, 1989.
- Cuffel B.J., "Comorbidity substance abuse disorder: prevalence, patterns of use, and course", *Mental Health Service*, 70, 1996.
- Derogatis L.R., *The Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures*, Minneapolis, National Computer Systems, 1993.
- Drake R.E., Mueser K.T., "Psychological approaches to dual diagnosis", *Schizophrenia Bulletin*, 26, 2000.
- Drake R., Mercer C.C., McFadden C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond G.R., "Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders", *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1998.
- Fea M., "Diagnosi e sistema di cura", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Fea M., "FeDerSerD e il tema della comorbidità", *Mission*, 7, 2003.
- Fischetti R., Picciulin R., "Il problema dell'équipe", in Cellentani O., *Il gruppo nella formazione degli operatori sociali*, FrancoAngeli, Milano, 1992.
- First M.B., Gladis M.M., *Dual diagnosis evaluation, treatment, training, and program development*, Plenum Medical Books, New York, 1993.
- Gabbard G.O., "Disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi dell'alimentazione", in Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Gerra G., "Servizi di Salute Mentale e Ser.T.: Prospettive future", *Living with Schizophrenia*, 2, 2002.
- Goodley S.H., Finch M., Dougan L., McDonnel M., McDermeit M., Carey A., "Case management for dually diagnosis individuals involved in the criminal justice system", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 2000.
- Hall J., Carswel C., Walsh E., Huber D.L., Jampoler J.S., "Il case management nel trattamento delle tossicodipendenze", *Lavoro Sociale*, 1, 2003.
- Hendrickson E.L., Schaml M.S., Erkleberry S., Ullock J., "Supervising staff treating the dually diagnosed", *The Counselor*, 2, 1999.
- Hipwell A.E., Singh K., Clark A., "Substance misuse among clients with severe and enduring mental illness: Service utilization and implications for clinical management", *Journal of Mental Health*, 9, 2000.
- Hyler S.E., Rieder O.R., *PDQ-R: personality disorders questionnaire, revised*, New York State Psychiatric Institute, 1987.
- Jerrel J.M., Ridgely M.S., "Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs", *Psychiatric Services*, 50, 1999.
- Johnson J., "Cost-Effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: A Literature Review and the CCMHCP", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 2000.
- Khantzian E.J., Treece C., "DSM III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.
- Krauss M., "Comorbidità psichiatrica e decorso della dipendenza: il valore predittivo della diagnosi psichiatrica", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Laudet A.B., Magura S., Vogel H.S., "Mutual aid and recovery from dual diagnosis", *Community Mental Health Journal*, 36, 2000.
- Lehaman F., Myers C.P., "Prevalence and patterns of dual diagnosis among psychiatric inpatients", *Comprehensive Psychiatry*, 35, 1994.

- Luborsky L., McLellan A.T., Woody G.E., O'Brien C.P., Auerbach A., "Therapist success and its determinants", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.
- Luborsky L., Crits-Cristoph P., McLellan A.T., Woody G.E., "Do psychotherapists vary in their effectiveness? The answer within four outcome studies", *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 1986.
- Lucchini A., "Tossicodipendenza e comorbilità. Considerazioni introduttive", in Mosti A., Clerici M., *Lungo il confine. Tossicodipendenza e comorbilità*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Madeddu F., Movalli M.G., Prunas A., "I disturbi psichiatrici di Asse I e Asse II (DSM IV) nell'alcoldipendenza", in Manzato E., Barbera G., Atti Riunione Monotematica 2002 SIA Triveneta "La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza", Litozetatre, Zevio (Verona), 2002.
- Maremmi I., Canoniero S., Daini L., "La comorbilità psichiatrica nella dipendenza da eroina", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 3, 1997.
- Maremmi I., Zolesi O., "Craving-Eroina. Scheda di autovalutazione del craving per gli eroinomani", in Maremmi G., Zolesi O., *Craving*, Pacini, Pisa, 1998.
- Maremmi I., Canoniero S., Daini L., "Abuso di sostanze e malattie mentali", in Maremmi I., Mazzei S., *Progetto Aliante*, Pacini, Pisa, 1999.
- Maremmi I., Pacini M., Canoniero S., Daini L., "La doppia diagnosi. Clinica e terapia dei disturbi dell'umore", in Maremmi I., *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini, Pisa, 2001.
- Maremmi I., Canoniero S., Pacini M., Daini L., "La doppia diagnosi. Generalità e principi di trattamento", in Maremmi I., *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini, Pisa, 2001.
- Marsden J., Gossop M., Steward D., "Psychiatric symptoms among clients seeking treatment outcome for drug dependence", *British Journal of Psychiatry*, 176, 2000.
- McLellan A.T., Woody G.E., Luborsky L., O'Brien C.P., "Is the counselor an active ingredient in substance abuse treatment?", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 7, 1988.
- Mercer C.C., Mueser K.T., Drake R., "Organizational guidelines for dual disorders programs", *Psychiatric Quarterly*, 3, 1998.
- Milesi A., Clerici M., "Conclusioni. Il paziente in 'doppia diagnosi'. Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale", in Clerici M., Sacchetti E., *Doppia diagnosi. Disturbi correlati a sostanze e comorbilità psichiatrica*, Noos, 2, 2000.
- Milesi A., Bertrando P., Peroni D., Clerici M., "Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da sostanze psicoattive in comorbilità psichiatrica", in Mosti A., Clerici M., *Lungo il confine. Tossicodipendenza e comorbilità*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- N.S., Belkin B.M., "Clinical diagnosis of substance use disorders in private psychiatric population", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 1994.
- Miner C.R., Rosenthal R.N., Hellerstein D.J., Muenz L.R., "Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders", *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997.
- Minkoff K., "An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction", *Hospital and Community Psychiatry*, 10, 1989.
- Miragoli P., "Riflessioni su una ipotesi di modello di comunità terapeutica 'esclusiva'", in Rigliano P., Rancilio L., *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Mueser K.T., Bennett M., *Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses*, Arwood Academic, New York 1995.
- Mueser K.T., Drake R.E., Miles K.M., "The course and treatment of substance use disorders in persons with severe mental illness", in Onken L.S., Blaine J.D., Genser S., MacNeill Horton A., *Treatment of drug-dependent individuals with comorbid disorders*, NIDA, 1997.
- Osher F.C., Kofoed L.L., "Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders", *Hospital and Community Psychiatry*, 10, 1989.
- Pancheri P., "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi", in Pancheri P., *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze psicoattive*. Scientific Press, Firenze, 2002.
- Pani P.P., "Tempi e completezza della diagnosi. Ruolo della psichiatria nella gestione della tossicodipendenza", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Pantalon M., "Valutazione del processo di trattamento e dei risultati", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Pozzi G., Bacigalupi M., Serretti A., Tempesta E., "Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 3-4-1993.
- Ries R., "Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients", *Psychiatric Clinic of North America*, Vol. 16, n. 1, 1993.
- Ridgely M.S., Lambert D., Goodman A., Chichester C.S., Ralph R., "Interagency collaboration in services for people with co-occurring mental illness and substance use disorder", *Psychiatric Services*, 49, 1998.
- Rigliano P., "Fallimento terapeutico e doppia diagnosi", in Rigliano P., Rancilio L., *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Rigliano P., "La questione della doppia diagnosi: come ripensare alle dipendenze", in Rigliano P., Rancilio L., *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Rounsaville B.J., Weissman M.M., Crits-Cristoph K., Wilber C., Kleber H., "Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982.
- Rounsaville B.J., Weissman N.M., Kleber H., Wilber C., "The heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982.
- Rounsaville B.J., "Diagnosi dei disturbi psichiatrici di Asse I nella tossicodipendenza", in Lucchini A., *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Signoretta S., Liguori A., Maremmi I., Biagi M., Gervasi R., Placidi G.F., "Temperamenti affettivi e rischio di tossicodipendenza. Identificazione della soglia psicopatologica e rapporti con i disturbi affettivi", in Maremmi I., Mazzei S. *Progetto Aliante*. Pacini, Pisa, 1999.
- Spitzer L., Endicott J., Robins E., "Research diagnostic criteria: rationale and reliability", *Archives of General Psychiatry*, 35 1978.
- Spitzer S.L., Williams J., "The Structure Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)", *Archives of General Psychiatry*, 49, 1992.
- Testa P.G., "Aspetti psicologici e psichiatrici nel tossicodipendente", in Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze*, Leonard, Verona, 1996.
- Woody G.E., Luborsky L., McLellan A.T., O'Brien C.P., Beck A.T., Blaine J., Herman I., Hole A., "Psychotherapy for opiate addicts: does it help?", *Archives of General Psychiatry*, 40, 1983.
- Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., Blaine J., Herman I., Beck A.T., "Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy. The Penn-Va Study", *American Journal of Psychiatry*, 10, 1984.
- Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., "Sociopathy and psychotherapy outcome", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.
- Woody G.E., "Psychotherapy for opiate dependence", in Kleber H., *American Psychiatric Association Handbook on Psychiatric Treatments*, American Psychiatric Press, Washington, 1989.
- Woody G.E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Luborsky L., *Affrontare la comorbilità psichiatrica*, Basis, 8, 1994.
- Wurmster L., "Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use", *American Psychoanalytic Association*, 22, 1974.

Il tavolo di coprogettazione dell'area della dipendenze della legge 328 /2000 dell'Ambito Territoriale n. 1 (Alto Tevere Umbro) e del Dipartimento Dipendenze dell'ASL n. 1 della Regione Umbria

Il welfare sostenibile e i percorsi dell'integrazione

Norberto Pentiricci, Cristina Donati Sarti***

"In un sistema welfare in grado di garantire il cittadino utente nel suo inalienabile diritto alla salute e al benessere, la scelta dell'integrazione socio sanitaria rappresenta un passaggio obbligato, non tanto e solamente in termini di ottimizzazione delle risorse e quindi nell'ottica del risparmio, quanto e soprattutto per la necessità di garantire un'offerta complessiva di qualità, equa e accessibile a tutti.

La legge 328/00 si è fatta interprete di questa necessità dando le giuste indicazioni verso l'obiettivo irrinunciabile del 'welfare sostenibile' nell'epoca della globalizzazione.

Il percorso del tavolo di co-progettazione dell'area delle dipendenze è una chiara dimostrazione che tutti gli attori che a diverso titolo nel tempo hanno sviluppato competenza e conoscenza, possono e debbono partecipare ai processi di integrazione, convalidando un metodo basato sul confronto e la condivisione, verso un sistema che riesca a fare della programmazione e verifica i suoi punti di forza".

Il contributo che i Comuni dell'A.T. 1, il Dipartimento per le Dipendenze dell'ASL 1 e il Terzo Settore hanno saputo formalizzare costituisce un fertile terreno sul quale far crescere l'esperienza dell'integrazione socio sanitaria nella tradizione politica e culturale propria della regione Umbria, al servizio della comunità.

Vincenzo Panella
Direttore Generale
ASL 1 - Regione Umbria

Premessa

Il Welfare sostenibile rappresenta la sfida di oggi, in ogni possibile ambito di intervento rivolto alla tutela della salute e al benessere della collettività.

L'integrazione socio-sanitaria è lo strumento essenziale per raggiungere gli obiettivi di salute della comunità.

In particolare nell'area delle dipendenze il "sapere" e il "saper fare" debbono essere partecipati e condivisi nella realizzazione di un processo di integrazione che vede come principali attori i Comuni, le Aziende Sanitarie e il Terzo Settore.

È quello che la legge 328/2000 ha indicato come percorso obbligato verso una redistribuzione delle risorse equa, effica-

ce e fortemente legata ai bisogni della collettività. Progettazione, programmazione e valutazione sono le dimensioni possibili che il Tavolo di co-progettazione ha individuato quali parole chiave del processo di integrazione socio-sanitaria che hanno guidato un anno di lavoro comune. Questa metodologia ha visto il coinvolgimento, in un lungo lavoro che si è rilevato impegnativo e complesso, dei rappresentanti politico-istituzionali, dei referenti tecnici dei comuni, dei referenti tecnico-istituzionale della ASL n. 1, dei rappresentanti delle associazioni di volontariato, delle cooperative sociali territoriali e delle organizzazioni sindacali che operano nel settore.

La legge 328/2000

La legge 328/2000 (art. 22, comma 1, lettera h) individua, tra gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, le prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe legali ed illegali, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale.

I Comuni hanno quindi compiti fondamentali per la promozione della salute, sia come titolari della politica del territorio volta alla salute (BENESSERE) del cittadino, sia per i processi di reinserimento sociale e lavorativo e più in generale delle politiche di inclusione sociale.

Pertanto il ruolo dei Comuni si inquadra nella cornice più ampia del versante delle politiche per il contrasto delle povertà e dell'esclusione sociale.

Tale ruolo trova fondamento su un mandato politico-istituzionale forte, speso sul terreno dell'integrazione tra politiche di settore per lo sviluppo sociale ed economico del territorio, in un quadro nazionale di innovazione legislativa e di avvio del processo di decentramento amministrativo.

Dunque forte connessione tra politiche sociali (legge 328/2000, L.R. 3/97, Piano Sociale Regionale 2000-2002) e politiche della formazione e politiche attive del lavoro (legge 196/97, D.lgs. 469/97, L.R. 41/98).

L'integrazione socio-sanitaria

Obiettivo prioritario, per garantire il miglioramento dell'assistenza, è quello di passare da un sistema che offre prestazioni ad uno che organizza opportunità di accesso ai servizi, garantendo al cittadino la fruizione di uno spazio assisten-

* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL n.1 Regione Umbria.

** Sociologo, Coordinatore Tecnico Ufficio di Piano A.T. 1.

ziale appropriato, tempestivamente corrispondente ai bisogni accertati, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità delle risorse disponibili. Sul versante sanitario i principi guida dell'azione dei servizi debbono essere ispirati alle aree di performance ricomprese nel governo clinico.

Dal punto di vista del sistema integrato dei servizi e degli interventi, gli obiettivi di salute/benessere possono essere così enunciati:

- aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto;
- potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze;
- ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti;
- garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutico-riabilitativa a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali-illegali.

La definizione e la costruzione di percorsi assistenziali integrati e differenziati non può che partire dai bisogni che le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze pongono al sistema complessivo di offerta, bisogni questi che devono guidare la costruzione di collegamenti ed interazioni per l'utilizzo ottimale delle risorse.

In altre parole la definizione di funzioni, prestazioni ed interventi deve essere congrua con i bisogni più o meno espressi delle persone, in modo da garantire l'offerta complessiva del sistema con prestazioni e risposte a "bassa soglia" affiancate in modo complementare ed integrato ai diversi percorsi di prevenzione, cura riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

L'essenza di questo processo è la messa in campo delle risorse complessive – umane, economiche e solidali proprie del capitale sociale – del comparto sociale e sanitario nonché di

tutte quelle realtà del pubblico e del privato sociale che a diverso titolo operano nel settore.

D'altra parte il paradigma degli interventi non solo nel campo delle dipendenze, si sta spostando dall'idea di servizio inteso come luogo statico di riferimento a cui affluiscono gli utenti, alla cosiddetta "rete di opportunità", intesa come rete di servizi integrati e di professionalità diverse capaci di "leggere" ed individuare bisogni articolati ed offrire opportunità diversificate e specifiche, ricercando attivamente anche il contatto con l'utenza sommersa ed i nuovi consumatori.

In conclusione il percorso assistenziale integrato è inteso come garante dell'unitarietà della presa in carico, del processo assistenziale e della fruizione delle prestazioni utili.

Il Piano Integrato di Servizi e Interventi

L'integrazione socio-sanitaria è intesa come cooperazione tra istituti del sistema del welfare che determinano l'interazione fra l'aspetto sociale e quello sanitario con l'obiettivo di produrre "benessere e salute".

Nel territorio dell'Ambito Territoriale n. 1 il livello di integrazione raggiunta tra servizi socio-assistenziali e socio-sanitari attraverso la delega dei comuni all'Azienda USL n. 1 risulta consolidato anche se suscettibile di miglioramenti che potranno essere introdotti sulla base di analisi e riflessioni relative ai seguenti livelli:

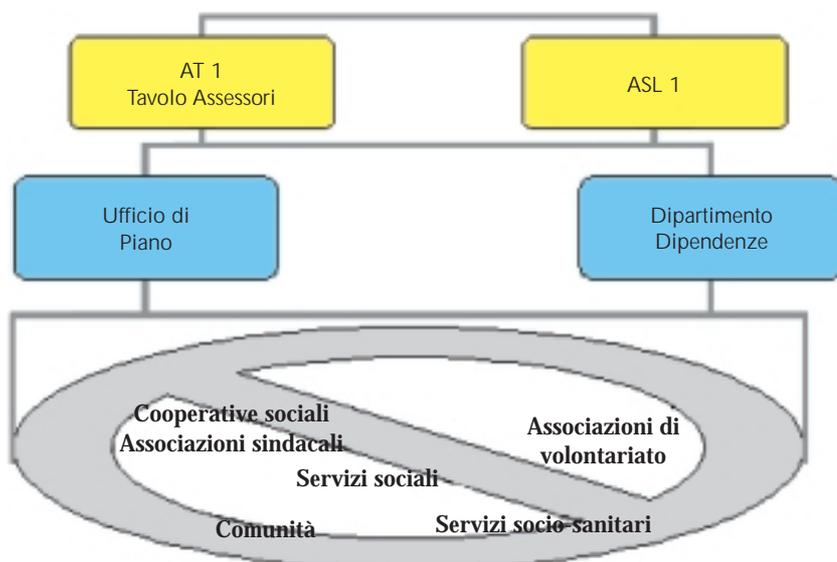
- a) l'integrazione delle strategie e delle politiche: significa conoscere le proprie ed altrui convenienze per negoziare soluzioni concertate;
- b) l'integrazione operative/organizzative: individuazione di forme di collaborazione strategica sul piano dell'attuazione congiunta;
- c) l'unitarietà diagnostico-assistenziale: capacità di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario rispetto all'utente;
- d) l'unitarietà del percorso di fruizione: garantire un servizio nel numero minimo di passaggi, di spostamenti, di operatori interfacciati e di tempo.

Rispetto al primo punto – l'integrazione interistituzionale – una riflessione congiunta ha fatto emergere la considerazione che ricondurre ad unitarietà istituzionale i servizi attraverso la gestione delegata alla Azienda USL, di per sé, non garantisce l'integrazione.

Nel caso di delega infatti, l'ente acquirente assume spesso la funzione di committenza in maniera estremamente debole, se non addirittura assente, limitandosi a finanziare le spese senza esercitare più alcuna funzione di programmazione e controllo.

La funzione di committenza e la costruzione di collaborazioni non possono esaurirsi nel momento negoziale e di firma, ma necessitano di controllo, ri-negoziazione, programmazione, valutazione: in sintesi un'interrogarsi continuo sull'adeguatezza ed efficienza delle prestazioni.

Il percorso della co-progettazione nell'area delle dipendenze



Per sviluppare processi di integrazione quindi, l'accordo inter-istituzionale deve contemperare più livelli: politico, programmatico ed operativo.

Rispetto le integrazioni operative/organizzative l'area "Dipendenze" necessita di progettazione congiunta di servizi, con l'obiettivo di definire in maniera analitica contenuti e prestazioni, modalità di accesso e di erogazione, di individuare strumenti di comunicazione/attivazione delle prestazioni e di attivare equipe di lavoro che condividano l'erogazione di servizi congiunti.

A livello di unitarietà diagnostico-assistenziale è necessario individuare unità di valutazione multidimensionale congiunte.

Per raggiungere questo obiettivo occorre che esista una porta di ingresso unico in grado di applicare le regole di individuazione dell'utente, che il circuito della produzione sia coordinato e che accetti l'esistenza di questa unica porta di ingresso che determina la perdita del controllo delle liste di attesa per i produttori.

Il recupero psico-fisico e la risocializzazione di tossicodipendenti, alcolodipendenti e malati di AIDS è considerata un'area ad elevata integrazione socio-sanitaria e come tale connotata dalle seguenti componenti:

- a) caratteristiche dell'utenza che evidenzia bisogni complessi e multidimensionali;
- b) caratteristiche dell'intervento che richiede un elevato livello di integrazione tra attività sociali e sanitarie;
- c) modalità di valutazione multidimensionale per l'accesso ai servizi e alle prestazioni che richiede l'integrazione professionale tra comparto sociale e sanitario mediante Nuclei di Valutazione Multidisciplinari (Equipe medico-psico-sociale per tossicodipendenti/ alcolisti - Equipe Consultoriale per donne/infanzia);
- d) approccio progettuale per ogni singolo soggetto sul quale si interviene.

L'Ufficio di piano, in Collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze, ha promosso il Tavolo di co-progettazione per l'area delle Dipendenze a cui partecipano i diversi operatori che lavorano nel sociale oggetto di intervento e più in generale con tutti i soggetti richiamati dall'art. 1, comma 5, della legge 328/2000, con il compito di delineare le specifiche azioni progettuali utili per il perseguimento obiettivi e delle priorità sociali definite dal tavolo alto della concertazione.

Il tavolo di co-progettazione si pone due obiettivi:

1. la sperimentazione dell'integrazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti del Terzo settore, introducendo altresì la pratica della co-progettazione come esercizio della responsabilità condivisa;
2. la costituzione di gruppi di lavoro progettuali su specifiche tematiche.

Macro aree: interventi ed azioni preventivo promozionali

Il Piano nazionale Sociale 2001-2003, con l'obiettivo 5, "Altri obiettivi di rilevanza sociale", indica quali aree cui

rivolgere particolare attenzione a livello locale anche quella relativa alla prevenzione delle dipendenze attraverso molteplici azioni che spaziano dagli interventi volti a promuovere modelli e stili di vita che rifiutino il ricorso a sostanze tossicodipendenti o all'abuso di alcool, alle misure volte a costruire relazioni di fiducia tra generazioni, a supportare le motivazioni e le capacità dei giovani, a sviluppare senso di appartenenza positivo nell'ambiente in cui vivono.

Nell'ambito delle azioni volte alla promozione della salute e lotta alle dipendenze obiettivo prioritario è l'articolazione di risposte diversificate per qualità e funzione attraverso la costituzione, all'interno di un processo di rete, di un unico circuito partecipato nel territorio dell'ambito.

Questo è il punto di partenza che caratterizza la proposta di un progetto integrato rivolto alla promozione della salute e alla lotta alle dipendenze. Un modello sperimentale da realizzare in collaborazione tra **pubblico, privato sociale, associazionismo e volontariato** che possa affrontare, in modo sinergico e globale, un fenomeno complesso e connotato da rilevanti implicazioni di carattere socio-sanitario, assistenziale, culturale e giuridico come quello del disagio giovanile e delle dipendenze.

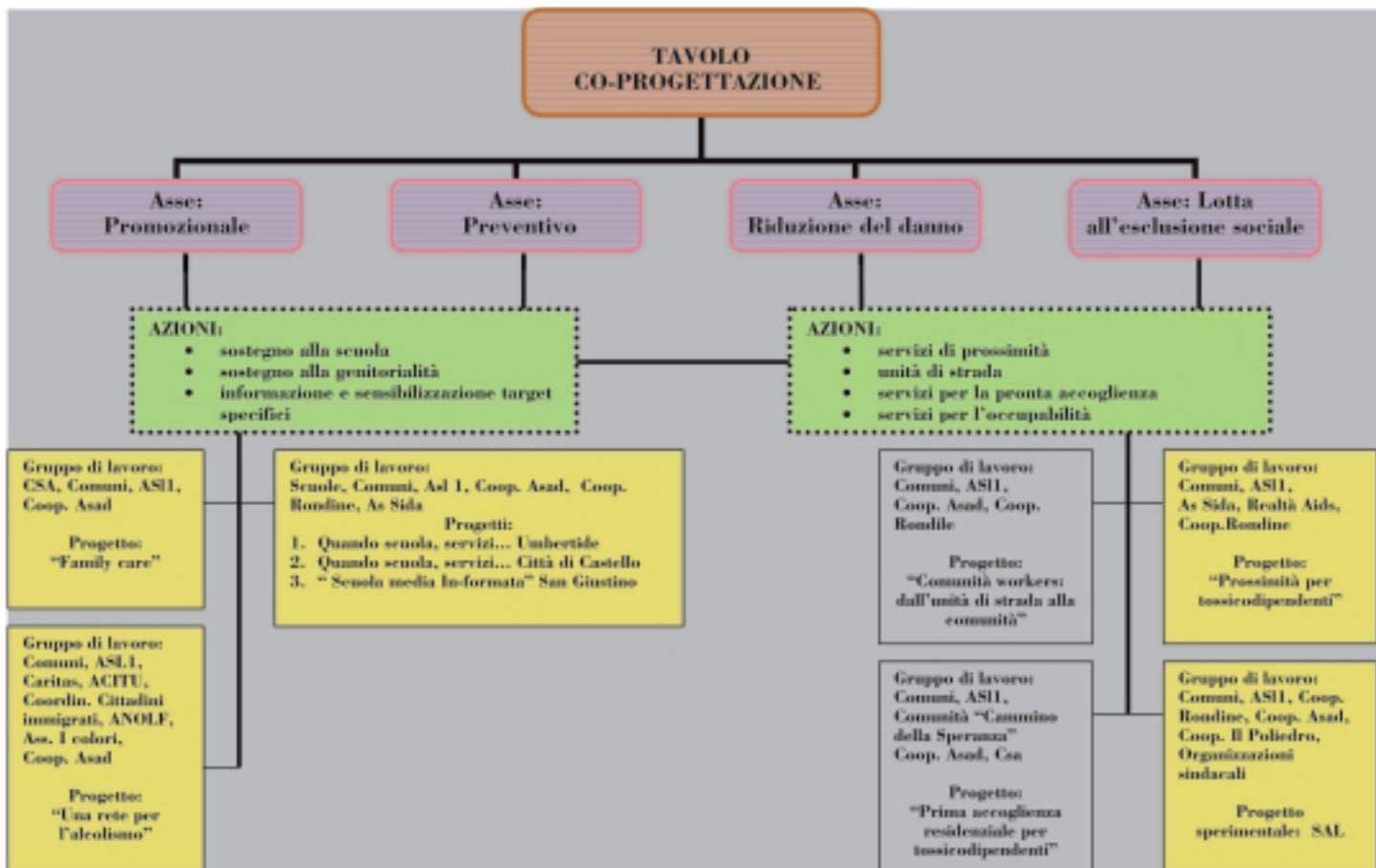
La programmazione sociale di territorio intende allargare il campo d'azione promuovendo un approccio culturale metodologico improntato sui seguenti assi portanti:

- la promozione di politiche di comunità che superino la semplice erogazione dei servizi andando alla effettiva rilevazione della domanda sociale;
- attivare rapporti di concertazione e co-progettazione con le realtà formalizzate e non espressione della cittadinanza attiva;
- definire e formalizzare Protocolli operativi con il Dipartimento per le Dipendenze della Usl n. 1 al fine di avviare percorsi di lettura condivisa della domanda sociale e riqualificazione dell'offerta;
- individuazione delle modalità organizzative e delle procedure di lavoro che possano garantire la presa in carico condivisa.

Tale obiettivo si realizza attraverso la partecipazione del **Dipartimento delle Dipendenze**, istituito presso la USL n. 1 Regione dell'Umbria, al Tavolo di co-progettazione per l'area "Dipendenze" a cui partecipano, oltre ai comuni dell'Ambito Territoriale n. 1, le cooperative sociali, le associazioni di volontariato e le comunità di accoglienza, quale luogo per definire progetti differenziati di promozione alla salute attraverso azioni di prevenzione, informazione, formazione, riduzione del danno con le unità di strada fino alla individuazione di percorsi atti a favorire l'inclusione sociale.

Nell'ottica della collaborazione tra i diversi soggetti del territorio dell'Ambito Territoriale n. 1, si intende realizzare:

- Unità di Strada-Educativa come anello di congiunzione tra territorio e servizi. Rappresentano un osservatorio privilegiato in grado di leggere i bisogni del territorio, identificare, raggiungere e contattare i gruppi target negli specifici contesti di incontro e/o di aggregazione ed attivare, insieme agli altri servizi, la costruzione di processi di rete.
- Interventi di educativa e animazione di strada.



- Potenziare e completare l'offerta di iniziative educativo-culturali e ricreative già presenti nel territorio mirata al raggiungimento di un complesso integrato di interventi a favore dell'aggregazione giovanile e dell'animazione culturale, ricercando collaborazioni con le risorse formali e informali del territorio. Altra finalità è "agganciare" situazioni a rischio/il "sommerso" all'interno di contesti cosiddetti di normalità e promuovere e sostenere:
 - la necessità di attivare servizi a "bassa soglia" in grado di stabilire i più ampi contatti con la popolazione giovanile "sommersa" rispetto al problema delle dipendenze;
 - l'accesso di giovani con problemi di uso/abuso di sostanze a trattamenti di drug free e/o servizi a bassa soglia;
 - esperienze di aggregazione e di autogestione nei e tra i gruppi contattati e il collegamento con le agenzie educative e ricreative presenti nel territorio;
 - l'assunzione del ruolo di "agenti di informazione e sensibilizzazione" nel gruppo di "pari".

Macro area: inclusione sociale

Il Piano Sociale Regionale 2000-2002 ha individuato la necessità di sostenere sperimentazioni nel campo della promozione dell'occupabilità dei soggetti svantaggiati, eviden-

ziando il nesso tra emarginazione sociale ed esclusione dal lavoro di categorie protette e soggetti svantaggiati. In particolare l'Ambito territoriale n. 1 intende avviare azioni volte a:

- ridurre i processi di esclusione sociale ed emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti attraverso l'azione del Servizio Integrazione Lavorativa;
- favorire processi di inclusione sociale attraverso azioni di accompagnamento al lavoro;
- favorire il contatto con il sistema di interventi e servizi sociali e potenziare l'offerta delle prestazioni assistenziali attraverso l'Uffici di Cittadinanza e i servizi di Segretariato Sociale.

A livello organizzativo si prevede la costituzione di una sezione **SAL** espressamente dedicata all'inserimento lavorativo mirato delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con risorse appositamente destinate.

Il SAL assolve a compiti di supporto nella fase di informazione-ricognizione, finalizzata all'espletamento delle funzioni della Commissione di accertamento (art. 4 del DPCM 13 gennaio 2000) sia nella fase progettuale di inserimento a cui sono deputati i Centri per l'Impiego.

Pertanto il Centro per l'impiego è la sede per una appropriata progettazione dei percorsi di autonomia delle persone interessate mentre il Sal è deputato alla presa in carico delle persone disabili e supporta la costruzione di progetti individualizzati rivolti a coloro che necessitano di azioni di accompagnamento per l'inserimento lavorativo mirato. ☞

La relazione del Presidente FeDerSerD Alessandro Coacci alla iniziativa tenutasi a Roma il 24 marzo a Palazzo Marini sul tema "Adolescenti: vecchie e nuove dipendenze" con la presenza del Presidente della Camera dei Deputati on. Pier Ferdinando Casini

Giovani, salute ed esperienze di prevenzione

Alessandro Coacci

Sono particolarmente onorato dell'invito che mi è stato rivolto a partecipare e a relazionare a questo convegno, che tratta un tema molto attuale che mi vede direttamente coinvolto sia come Direttore di un Dipartimento delle Dipendenze sia come Presidente della FeDerSerD.

Parlando dell'argomento che mi è stato affidato voglio innanzitutto fare una fotografia della situazione esistente sul consumo di sostanze alcoliche e delle cosiddette Nuove Droghe, molte delle quali nuove non sono affatto, da parte di giovani che frequentano pub e discoteche.

Dal 1997 abbiamo svolto in collaborazione con la regione Toscana, il SILB, il volontariato e le Prefetture una indagine conoscitiva nei luoghi di aggregazione giovanile finalizzata a quantificare il consumo di alcol e di altre sostanze di abuso e a verificarne la ricaduta sulla salute dei giovani.

Pertanto lo scopo che volevamo perseguire era quello di promuovere una prevenzione più efficace il più vicino possibile alla cultura giovanile.

I risultati raggiunti fin dal primo anno, e l'entusiastica adesione dei giovani, ci hanno spinto a proseguire e perfezionare questa esperienza, promovendola in altre regioni d'Italia.

Siamo intervenuti sempre in ore notturne (dalle 22 alle 6 del mattino) all'esterno delle discoteche maggiormente frequentate e preventivamente selezionate, con una affluenza di oltre 1500 presenze a sera, utilizzando un camper opportunamente attrezzato con etilometro, computer e stampante, dotato di scritte, mezzi audiovisivi, gadget vari adatti a richiamare l'attenzione dei ragazzi.

Dal 2002 abbiamo voluto integrare la nostra ricerca con la misurazione dei tempi di reazione misti (acustici e visivi) all'uscita delle discoteche per verificare l'idoneità dei giovani alla guida.

Nell'occasione, sia per quanto clinicamente appariva, sia per quello che i giovani lasciavano capire, abbiamo avuto la conferma dei diversi tempi di reazione indotti dalle diverse sostanze assunte.

Ad esempio chi aveva usato sostanze allucinogene dava risposte difficilmente interpretabili, completamente irrazionali; chi aveva usato eccitanti (come cocaina, estasi ecc.) rispondeva al test in maniera iperreattiva, addirittura prima dello stimolo visivo od acustico; chi al contrario aveva usato cannabis od alcol rispondeva lentamente.

In questo modo abbiamo potuto rilevare: che nei luoghi del divertimento notturno è prevalente il consumo di cocaina, estasi (irrigidimento delle mascelle, bruxismo, secchezza delle fauci), LSD, amfetamine e cannabinoidi; e che ognuna di queste sostanze viene preferibilmente consumata da una

specifica fascia di età, all'interno di una tendenza generale che vede progressivamente abbassare l'età dei consumatori ed anche l'età di iniziazione.

Questa nuova tendenza genera anche "un nuovo stile di consumo" per il quale i giovani "ruotano" l'uso di sostanze, evitando di diventarne dipendenti.

Di fatto, però, normalmente, questi soggetti sviluppano una tolleranza per cui per ottenere il solito effetto devono aumentare la dose.

Ma, in ogni caso, difficilmente essi avranno una sindrome astinenziale vera e propria: e per questo restano sconosciuti ai servizi pubblici, che nell'opinione comune sono troppo connotati all'eroinopatia.

La dipendenza in realtà si realizza nel senso di aver bisogno di qualcosa di aggiuntivo per sentirsi a posto.

L'alcol rappresenta sempre la sostanza maggiormente usata tra i giovani.

Per offrirvi un quadro più dettagliato del lavoro svolto in questi anni e della situazione che abbiamo rilevato passo ora al commento di alcuni dei più importanti dati raccolti.

I dati evidenziati nelle diapositive dimostrano una situazione certamente preoccupante, ma abbiamo ragione di credere che la realtà sia ancora più compromessa, in quanto, essendo i test: volontari, anonimi e gratuiti, dal campione sono esclusi i giovani che non hanno voluto sottoporsi ad essi.

È impossibile quantificarne il numero, ma il fatto che questi abbiano manifestato la loro personale indisponibilità, evitando talvolta di avvicinarsi al camper potrebbe far pensare che proprio in questi casi si celino le situazioni più compromesse. Ne deriva che l'uso di alcol, e delle altre sostanze d'abuso, potrebbe essere un fenomeno molto più esteso e complesso di quello rappresentato dai dati appena illustrati.

Al binomio "divertimento-sballo" è indispensabile sostituire il binomio "divertimento-benessere": divertimento responsabile, consapevole e sicuro.

È indispensabile formare gli operatori dei luoghi di aggregazione giovanile e farne portatori di messaggi positivi.

È indispensabile dotare questi operatori delle conoscenze relative sia agli effetti ed ai danni, che le varie sostanze d'abuso producono, sia alle modalità di intervento in caso di necessità. Proprio per questo FeDerSerD ha recentemente pubblicato il *Manuale delle urgenze e delle emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile* (FrancoAngeli, 2004).

È indispensabile adottare politiche meglio definite, più attuali, sul divertimento notturno, e certamente più sicure in "ogni senso".

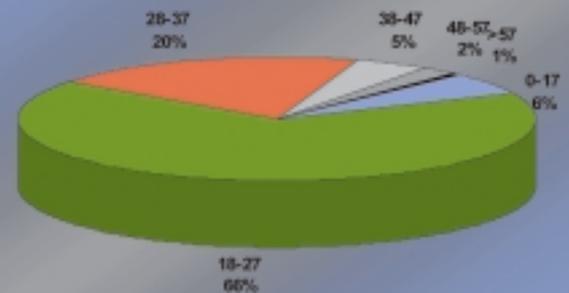
I dati più importanti della ricerca

- > Test effettuati n. 16.518
- > Test validi n. 15.342
- > Uscite totali del camper n. 105
- > Km percorsi dal camper (c.c.t) n. 12.000
- > Operatori coinvolti (U.S.L. - Volontariato - Privata Sociale - Disentech): n. 548

La registrazione dei dati è stata effettuata sia attraverso il sistema proprio dell'etilometro (software) che mediante apposito registro cartaceo.

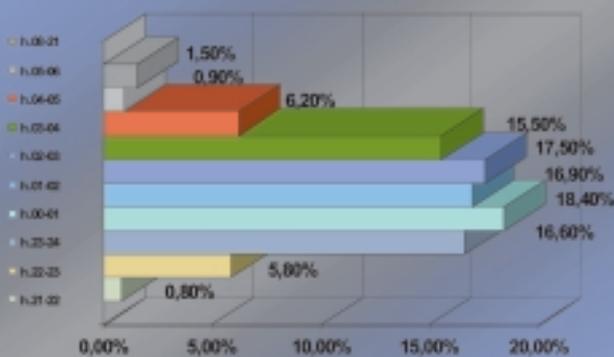
Distribuzione dei test effettuati per fasce di età

(test effettuati 15.342)



Test eseguiti per orario di effettuazione

(test 15.342)

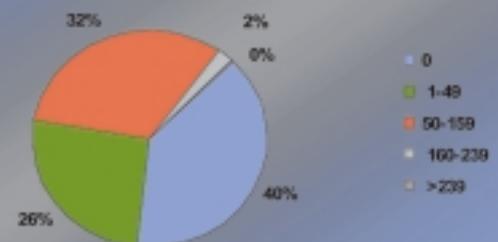


Risultato del test

(test effettuati 15.342)

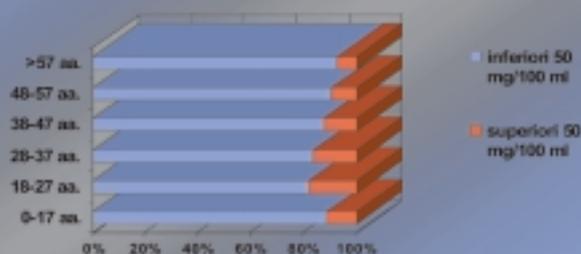
test >80 mg/100 ml = 16,92%

TEST >50MG/100ML = 35%



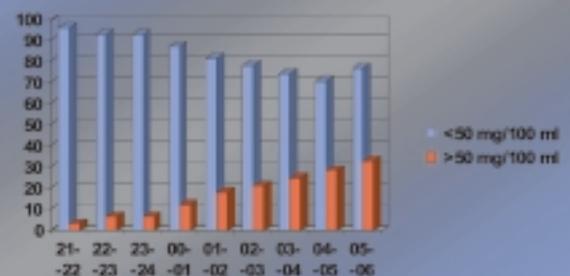
Risultato del test per fasce di età

(test effettuati 15.342)



Risultato del test per ora di effettuazione

(test effettuati 15.342)



Alcol e guida: la prevenzione su base telematica

*Giuseppe De Luca**, *Alessandra Meconi***, *Marta Torriani***, *Claudio Elli**, *Adriano Gasparetti***, *Fabio Sinibaldi**, *Marinella Censi**, *Alfio Lucchini****

Tradizionalmente la ricerca in Computer Aided Instruction (CAI) ha focalizzato l'attenzione sugli effetti del sistema sui risultati cognitivi ed affettivi degli studenti.

In questo modello di educazione è implicita l'idea che un sistema può operare indipendentemente dagli insegnanti ed indipendentemente dai processi di apprendimento [1].

Infatti, uno dei risultati più evidenti è che coloro i quali usano il CAI vanno oltre il contenuto specifico del software e della materia insegnata e sviluppano maggiormente capacità cognitive, capacità di ragionamento, pensiero logico e capacità di pianificazione ed in generale capacità di risolvere i problemi [2].

È stato documentato che il sistema CAI è efficace se esso è uno strumento a sostegno dell'azione educativa più ampia e se sviluppa di più modelli di apprendimento cognitivi che istruzionali [3, 4, 5].

Poche sono le esperienze di applicazione della metodologia e tecnica CAI alla formazione, alla prevenzione della tossicodipendenza negli adulti lavoratori, anche se ora c'è una maggiore accettazione del ruolo del computer nella formazione dell'adulto [6].

I pochi lavori che esistono riguardano principalmente l'uso della tecnologia CAI da parte degli adolescenti con l'obiettivo di sviluppare le capacità decisionali, le attitudini ad essere assertivi, sviluppare le capacità di comunicare e di contrastare lo stress [7].

Il salvapatente si inserisce all'interno di quest'ultimo campo di indagine e di applicazione del modello CAI.

Il salvapatente è un prodotto interattivo multimediale che fa convergere testi, immagini, suoni sullo sviluppo di processi di apprendimento selettivi e strutturati con l'obiettivo di prevenire tutte quelle situazioni che possono dare luogo nei giovani a comportamenti trasgressivi che hanno come conseguenza il ritiro della patente.

Nella costruzione di questo prodotto l'obiettivo è stato quello di formulare unità didattiche interattive a supporto di istruttori di scuole guida e di educatori dei centri giovani.

Nel territorio dell'ASL Milano 2 ci sono, infatti, 36 scuole guida.

Una parte di queste è stata consultata nella fase di progettazione e di raccolta di materiali.

Così come alcuni centri di aggregazione giovanile hanno preso parte attiva nella esecuzione di alcune esercitazioni.

In particolare i giovani sono stati protagonisti di una fase particolare del processo di produzione dell'unità didattica CAI,

quella che riguarda la lettura dei testi e la simulazione di eventi traumatici.

Si è puntato su formule di comunicazione, che stimolassero nei giovani l'interesse per tenere salda in mano la loro patente, una volta conquistata, cercando di educarli anche alla salute ed alla sicurezza.

La struttura della conoscenza del modello formativo CAI proposto si basa su tre aree: informazione, comprensione, trasformazione.

In ognuna di queste aree sono state identificate, attraverso un paziente lavoro di ricerca, le situazioni-stimolo più adeguate allo sviluppo di un processo di apprendimento e per ogni situazione individuata sono stati scritti dei testi cartacei.

L'albero della conoscenza dell'unità didattica CAI si sviluppa così a più livelli: saper identificare le fonti, saper raccogliere le informazioni, saper valutare l'attendibilità delle fonti; saper fare previsioni, saper prendere decisioni; saper riconoscere l'errore.

Sono queste alcune componenti che creano le condizioni per lo sviluppo nei giovani dello sviluppo di un processo decisionale realistico e non illusorio, incrementando le loro competenze, la loro consapevolezza ed i livelli di autostima.

Per far fronte a tutta questa molteplicità di problemi, selezionarli ed ordinarli secondo una sequenza logica, ed identificare le connessioni e le interazioni tra le diverse situazioni-stimolo, si è costituito un gruppo multidisciplinare di esperti. Essi hanno lavorato all'interno di un più vasto programma sperimentale intitolato "La prevenzione della tossicodipendenza in ambiti specifici: la scuola ed il mondo del lavoro". Questo programma promosso dall'ASL Milano 2, Dipartimento delle Dipendenze e realizzato dalla Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella e dal Ser.T. di Gorgonzola, fa parte delle attività finanziate dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga (legge 45/99).

Vediamo ora che cosa è il salvapatente?

È un prodotto multimediale interattivo che intende favorire e stimolare l'apprendimento, da parte dei giovani che, per la prima volta, si pongono il problema di fare la patente di guida, di situazioni tipiche che, se non osservate, portano inevitabilmente al ritiro della patente.

Le situazioni, quindi, che vengono proposte all'attenzione del navigatore sono considerate come situazioni di base, che si verificano frequentemente.

Esse sono state rintracciate attraverso un'attività di ricerca e di documentazione sul campo e sono state scritte nella forma più elementare ed accessibile alla comprensione di tutti.

Come usare il salvapatente?

L'utilizzo del salvapatente è molto facile, poiché esso è disponibile prima di tutto sotto forma di cd-rom.

* *Cooperativa di studio e ricerca sociale Marcella, Como.*

** *Sert Gorgonzola, Dipartimento Dipendenze, ASL Milano 2.*

*** *Direzione, Dipartimento Dipendenze, ASL Milano 2.*

Il salvapatente può essere utilizzato individualmente oppure in gruppo.

Se usato in gruppo, esso promuove un confronto ed un dibattito tra i partecipanti ed eventuali dubbi e problemi nuovi possono essere affrontati con il tutor del gruppo.

Se usato individualmente, in autoistruzione, i dubbi possono essere affrontati consultando gli esperti che sono rintracciabili attraverso il sito web coopmarcella.it oppure collegandosi direttamente alle poste elettroniche info@coopmarcella.it ed a quelle degli operatori del Ser.T. che hanno preso parte alla realizzazione del salvapatente.

Al termine della fruizione è possibile valutare l'efficacia dell'appreso attraverso il confronto con i risultati ottenuti con la compilazione di un questionario effettuata all'ingresso ed all'uscita nell'unità didattica CAI.

Prospettive

Quali sono le prospettive che apre questa modellistica formativa che integra ricerca, innovazione e sviluppo?

Partendo dalla constatazione che la rivoluzione elettronica ha raggiunto anche il mondo della prevenzione delle dipendenze da sostanze e che la diffusione di Internet cambia radicalmente le pratiche e le tecniche dell'insegnamento in maniera molto seria, la prima prospettiva che si apre è quella di evitare che ci sia una discriminazione tecnologica verso i Ser.T.

I vantaggi dello sviluppo della società dell'informazione devono approdare anche in questi servizi.

La seconda prospettiva è che essa apre una finestra sulla consultazione on line e permette di agganciare target di utenti spesso molto lontani per modi di pensare e di agire dai servizi pubblici.

Oggi questa pratica clinica non è ancora sviluppata, ma in futuro lo sarà molto di più, in virtù del cambiamento del profilo psicosociale degli utenti dei Ser.T.

La terza prospettiva è che essa richiede una formazione degli operatori sulle nuove tecnologie informatiche.

Gli operatori devono sapere andare incontro ad una varietà di bisogni di aiuto veicolabili attraverso internet integrando il lavoro sulla relazione con quello sulla cognizione.

Il Salvapatente

Il Salvapatente è un prodotto interattivo multimediale rivolto agli adolescenti che, sfruttando il valore che i giovani attribuiscono al possesso della patente di guida e la conseguente attenzione per il meccanismo dei punti che tale patente può sottrarre, si pone l'obiettivo di introdurre cambiamenti di atteggiamento in direzione di una maggiore tutela della propria salute.

Lo strumento per raggiungere tale scopo è lo sviluppo di processi di pensiero utili a prevenire comportamenti trasgressivi che possono avere come conseguenza il ritiro della patente.

Il programma propone delle fotostorie che descrivono situazioni in cui i giovani possono trovarsi e nelle quali devono scegliere come comportarsi.

A seguito della scelta fatta il programma fornisce un commento che ne sottolinea la validità oppure ne evidenzia i limiti.

Automaticamente il programma compone un grafico riassuntivo delle scelte fatte utile per verificare se il proprio "stile di guida" è a rischio oppure no.

Per rendere più verosimili le fotostorie l'équipe ha scelto di utilizzare foto di adolescenti reali (opportunamente trattate per non renderli identificabili).

Anche la lettura dei testi (automatica per evitare che venga tralasciata) è realizzata con voci di adolescenti reali, per fare sì che le raccomandazioni e i commenti ai comportamenti scelti non ricordino le "paternali" dell'adulto.

Le fotostorie, 26 in totale, sono raccolte in tre dimensioni di apprendimento: **conoscenza** delle norme di comportamento stradale, **comprensione** delle regole e **informazione**. Complementari a queste tre dimensioni troviamo nel programma due sezioni di approfondimento: una fornisce informazioni sugli articoli del codice della strada che prevedono perdite di punti, sospensione o revoca della patente; l'altra permette di visionare foto di incidenti stradali, cioè le conseguenze che i comportamenti trasgressivi connessi alla guida possono provocare.

L'interfaccia del programma è di semplice utilizzo e richiama il linguaggio della segnaletica mediante tasti funzione creati utilizzando segnali stradali.

Un help in linea aiuta nella comprensione della funzione di ogni tasto con un semplice clic sul tasto destro del mouse. ↘

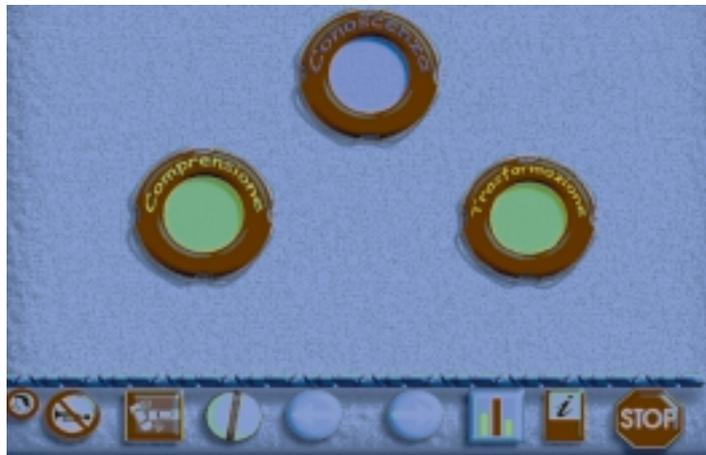
Il progetto aderisce alla campagna nazionale di prevenzione di FeDerSerD "Notti sicure"

Bibliografia

- [1] Zemira R., "Mevarech and Nira Netz: Stability and change in effective characteristic of teachers: can computer environment make a difference?", *Br. J. Educ. Psychol.*, 61, 233-239.
- [2] Yuen-Kuang Liao, "Effects of Computer-Assisted Instruction on Cognitive Outcomes: A Meta-Analysis", *Journal of Research on Computing in Education*, Spring 1992, vol. 24, n. 3.
- [3] De Luca G., "Computer Aided Instruction in cooperative education", paper presentato al *7th World Conference on Cooperative Education*, Hong Kong 26-30 agosto 1991.
- [4] De Luca G. et al., "Progettista formativo CAI: una nuova figura professionale a sostegno dell'integrazione degli handicappati", *Percorsi di integrazione*, n. 18 primavera, 1998.
- [5] De Luca G. et al., "Effetti della metodologia CAI sulla formazione professionale e l'inserimento lavorativo di handicappati psichici e mentali", *Percorsi di integrazione*, n. 5, 1993.
- [6] John R. Rachal, "Computer assisted instruction in adult basic and secondary education: a review of the experimental literature, 1984-1992", *Adult Education Quarterly*, vol. 43, n. 3, Spring 1993, 165-172.
- [7] Mario Orlandi, Cynthia E. Dozier and Marlena A. Marta, "Computer Assisted Strategies for Substance Abuse Prevention: Opportunities and Barriers", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, vol. 58, n. 4, 425-431;
- [8] De Luca G., "La formazione assistita da computer", rapporto non pubblicato, 1996.

Riportiamo di seguito alcune schermate esemplificative

Schermata iniziale.
Si inizia cliccando su uno dei tre salvagenti



Esempio di situazione nella quale il problema è la guida sotto effetto di alcol.

Viene proposta una riflessione riguardante il gruppo (la modifica degli atteggiamenti nell'adolescente è facilitata se si agisce sul gruppo di riferimento e non sul singolo dato che ogni individuo resiste al cambiamento per paura di allontanarsi dalle norme di riferimento del suo gruppo ed esserne escluso) per indirizzare verso soluzioni come l'astensione a turno, usata ad esempio nei paesi anglosassoni ma non praticata in Italia

Esempio di situazione riguardante l'alcol e la guida: in questo caso la riflessione proposta è centrata su soluzioni individuali

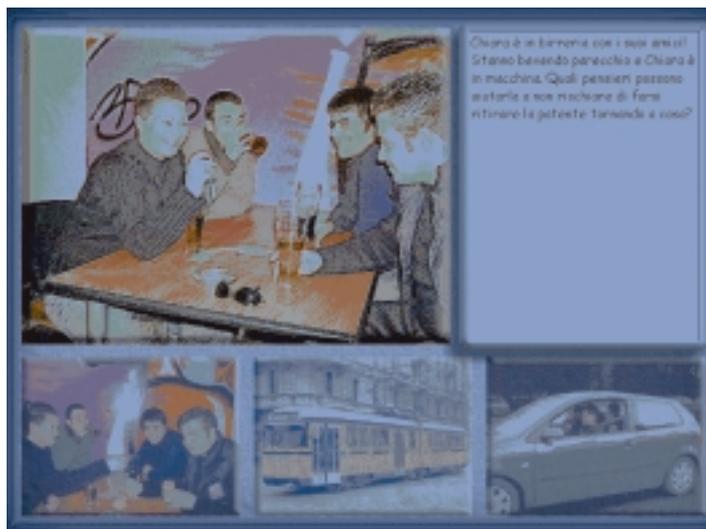
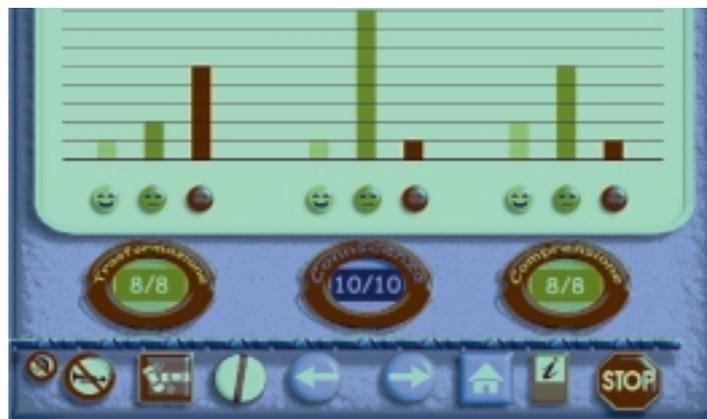
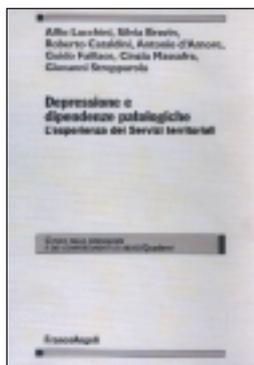


Grafico riassuntivo che mostra quante situazioni sono state svolte (la proporzione all'interno del salvagente) ed una valutazione delle risposte date (le faccine tristi, indifferenti o allegre e l'istogramma relativo)





Alfio Lucchini, Antonio d'Amore, Giovanni Strepparola, Guido Faillace, Silvia Bravin, Roberto Cataldini, Cinzia Massafra

Depressione e dipendenze patologiche: l'esperienza dei servizi territoriali

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni, direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 112, € 15,50 Cod. 231.1.15 (V)

Cogliere la centralità e il rilievo scientifico dell'intervento su una patologia complessa - quale l'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive - che le istituzioni tendono a sottovalutare, è un compito fondamentale per gli operatori dei Servizi delle dipendenze.

La rilevanza dei disturbi depressivi tra gli utenti dei Servizi, e la conseguente necessità di definire sempre meglio gli strumenti terapeutici, emer-

gono non solo dagli studi fatti a livello internazionale ma anche dai percorsi individuali dei pazienti.

Tuttavia è da sottolineare ancora il ritardo dei Servizi nel dare seguito terapeutico alle evidenze cliniche in tema di comorbilità psichiatrica, cioè nei casi in cui si evidenzia un'ulteriore diagnosi secondo il DSM in pazienti tossicodipendenti.

In questo contesto si colloca questo volume, riflessione collettiva che prende spunto dalla casistica dei Servizi italiani, per offrire stimoli e indicatori a quanti giornalmente si confrontano con azioni terapeutiche complesse.

La capacità di combinare strumenti diversi - compresi quelli farmacologici - e scegliere ogni volta quelli più idonei al caso, è un passo fondamentale per l'affermarsi della medicina delle farmacotossicodipendenze.

Alfio Lucchini, medico psichiatra, Presidente ALT Onlus, Segretario esecutivo nazionale FeDerSerD, Milano. **Antonio d'Amore**, medico psicoterapeuta, membro del Direttivo nazionale FeDerSerD, Caserta. **Giovanni Strepparola**, medico psichiatra, Segretario ALT Onlus, Milano. **Guido Faillace**, medico psicoterapeuta, membro del Direttivo nazionale FeDerSerD, Trapani. **Silvia Bravin**, medico psichiatra, Milano. **Roberto Cataldini**, medico psichiatra, membro del Direttivo nazionale FeDerSerD, Lecce. **Cinzia Massafra**, medico diabetologo, esperta in metodologia della ricerca, Milano.



Mauro Cibin, Gian Paolo Guelfi (a cura di)

Il trattamento con metadone

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni, direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 271, € 21,50 Cod. 231.1.17 (V)

Le prime indicazioni riguardanti l'uso del metadone nel trattamento della dipendenza da oppioidi risalgono agli anni '60; successivamente il metadone e il suo uso nella clinica sono stati oggetto di molteplici studi. Tuttavia ancora oggi è spesso considerato uno strumento superato, complessivamente inadeguato, a cui sono connessi problemi eterogenei: da un lato, vi è la tendenza ad attribuire al metadone un ruolo nella soluzione (o nell'aggra-

vamento) di situazioni complesse, di rilevanza sociale o etica; dall'altro, si tende ad avere una visione del trattamento con metadone eccessivamente semplificata, che non valorizza le acquisizioni rispetto alla complessità del trattamento della dipendenza da eroina.

La decisione di dedicare un volume a tale argomento si fonda sia sulla consapevolezza dell'efficacia del metadone nel trattamento della dipendenza da oppioidi, sia sull'osservazione di come, talora, tale strumento non venga usato in modo da valorizzarne appieno le potenzialità.

Parlare oggi di metadone significa non solo parlare di farmacologia clinica, ma anche di comorbilità, di associazione con trattamenti non farmacologici, di impostazione dei Servizi che lo erogano e delle loro modalità organizzative. Su tutti questi aspetti si sofferma il testo in modo esauriente e riflessivo, affrontando un argomento di attualità e rilevanza per gli operatori del settore.

Mauro Cibin, medico psichiatra e psicoterapeuta, è direttore del Dipartimento per le Dipendenze della Azienda ULSS 13 di Dolo e Mirano (Venezia).

Gian Paolo Guelfi, medico psichiatra, presidente nazionale della Società Italiana Tossicodipendenze (SITD), insegna Clinica delle tossicodipendenze presso la Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università di Genova.



Alfio Maggiolini, Gustavo Pietropoli Charmet (a cura di)

Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti

Collana: Serie di psicologia pp. 368, € 25,50 Cod. 1240.226 (U)

L'assunzione di un'identità di ruolo maschile e femminile in adolescenza è come una seconda nascita, che richiede la mentalizzazione del corpo, la trasformazione del rapporto con i genitori, l'inserimento nel gruppo dei pari, l'avvio di relazioni sentimentali e sessuali e l'acquisizione di nuove competenze. La realizzazione di questi compiti è inevitabilmente attraversata da conflitti, nel mondo interno ed in quello esterno.

Come avviene oggi il cambiamento adolescenziale? Il modo in cui l'adolescente affronta questa fase del suo sviluppo è universale o storicamente determinato? In questo manuale, dopo una rassegna di rappresentazioni

dell'adolescenza nell'antropologia, nella storia della psicoanalisi e nella cultura attuale, si illustrano le aree dello sviluppo e le principali difficoltà che gli adolescenti incontrano nel loro percorso di crescita. I disturbi alimentari, il rapporto con le droghe, i comportamenti antisociali o autolesivi, sono trattati in una prospettiva evolutiva, con indicazioni sul modo in cui gli psicologi possono aiutare gli adolescenti.

Il volume si propone non solo come manuale di base per gli studenti di psicologia e di scienze dell'educazione, ma anche come testo di riferimento per psicologi, psicoterapeuti, insegnanti, educatori, assistenti sociali e genitori, che possono trovarvi informazioni utili a sostenerli nell'esercizio del loro ruolo.

Gli autori sono membri dell'Istituto Minotauro, che da anni svolge attività di ricerca, prevenzione, consultazione e psicoterapia, con gli adolescenti e i loro genitori.

Alfio Maggiolini, psicologo e psicoterapeuta, professore incaricato di Psicologia dell'adolescenza alla Facoltà di psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, coordina gli psicologi dei Servizi della Giustizia minorile di Milano.

Gustavo Pietropoli Charmet, specialista in psichiatria e psicoterapeuta, già docente di psicologia dinamica alla Facoltà di psicologia dell'Università Bicocca di Milano, è presidente dell'Istituto Minotauro, direttore scientifico dell'associazione "L'amico Charly", presidente del "Centro per la famiglia in crisi e il bambino maltrattato".

Orientamenti alla scelta della terapia agonista nella dipendenza da oppiacei

Ernesto de Bernardis*, Lina Busà**

Introduzione

Fatti salvi i legittimi – ed innegabili – effetti prodotti dalle preferenze del paziente, dall'intuizione clinica del medico, dalle valenze relazionali del farmaco, dai problemi organizzativi e dalle istanze provenienti dalla società, la scelta del farmaco oppioide agonista per la terapia della dipendenza cronica da oppiacei dovrebbe essere affrontata, caso per caso, sulla base di elementi oggettivi legati all'interazione tra le proprietà note del farmaco e le caratteristiche del paziente.

Nel nostro Paese, come in molti altri, l'indicazione alla terapia della dipendenza cronica da oppiacei è attualmente disponibile per metadone cloridrato sciroppo e buprenorfina cloridrato compresse sublinguali.

Vengono qui presentati e commentati alcuni tra gli elementi disponibili per la scelta tra questi due medicinali, sulla base di una revisione non sistematica della Letteratura scientifica riscontrabile entro la banca dati Pubmed

(<http://www.pubmed.gov>), condotta nel maggio 2004; un maggiore approfondimento è stato dedicato alla buprenorfina, clinicamente meno conosciuta perché registrata per questa indicazione da 8 anni, a fronte dell'uso quasi quarantennale del metadone.

Farmacodinamica

L'azione comune di metadone e buprenorfina, che li rende atti alla terapia della dipendenza cronica da oppiacei, è quella agonista dei recettori oppioidi mu.

Come già ampiamente noto, la massima attività oppioide mu ottenibile innalzando il dosaggio di metadone è maggiore di quella ottenibile innalzando il dosaggio della buprenorfina, e per questo motivo il metadone è definito come agonista puro, e la buprenorfina come agonista parziale dei recettori mu.

Dunque, almeno in linea teorica, nei soggetti caratterizzati da tolleranza a quantità più elevate di oppiacei, il metadone potrebbe dare risultati migliori della buprenorfina in termini di controllo del desiderio compulsivo di assunzione dell'eroina, e della sintomatologia astinenziale.

Non vi è riscontro, comunque, di specifici studi che avvalorino o smentiscano tale ipotesi.

Ambedue i principi attivi vantano azioni recettoriali aggiuntive che potrebbero avere una certa rilevanza clinica, e dunque potrebbero condizionare la scelta terapeutica.

Il metadone del commercio è un racemo, ossia una miscela in parti uguali di due isomeri ottici.

La forma L (chiamata anche forma R) è quella attiva sui recettori mu.

La forma D (chiamata anche forma S), inattiva in pratica su questi recettori, è però dotata di azione antagonista non-competitiva sui recettori NMDA del glutammato (Ebert *et al.*, 1995), ed una simile azione è stata osservata, in una certa misura, anche per la forma L (Gorman *et al.*, 1997).

L'antagonismo da parte del D-metadone sulla neurotrasmissione glutamatergica a livello dei siti NMDA riduce la tolleranza alla morfina nel topo, blocca l'iperalgia indotta da attivazione dei recettori NMDA (Davis *et al.*, 1999) ed ha effetti antidolorifici nel ratto (Shimoyama *et al.*, 1997), proprietà che potrebbero avere forse qualche rilevanza anche nell'uomo, anche se non sussistono ancora evidenze cliniche correlate (Ebert *et al.*, 1998; Callahan *et al.*, 2004).

La buprenorfina, oltre ad essere un agonista parziale del recettore oppioide mu, si comporta come antagonista del recettore oppioide kappa (invero come agonista parziale molto debole), antagonista del recettore oppioide delta, e, a concentrazioni elevate, agonista parziale del recettore oppioide "orfano" ORL-1.

La sua farmacologia è anche complicata da quella del principale metabolita in vivo, la nor-buprenorfina, che ha effetti agonisti mu, kappa, delta e, sempre ad elevate concentrazioni, ORL-1 (Huang *et al.*, 2001).

L'unico studio clinico che indirettamente investighi nell'uomo gli effetti clinici dell'azione antagonista sul recettore oppioide kappa da parte della buprenorfina (Rothman *et al.*, 2000), effettuato in aperto su 15 soggetti eroinodipendenti dopo disassuefazione, evidenziava che il doppio blocco dei recettori mu e kappa con somministrazione congiunta di naltrexone e buprenorfina determinava una maggiore ritenzione in trattamento rispetto al controllo retrospettivo dei soggetti trattati con solo naltrexone (33% contro 10%).

Gli Autori chiamavano in causa per spiegare questo risultato un blocco degli effetti disforizzanti e psicotomimetici della stimolazione dei recettori kappa.

L'azione agonista delle buprenorfina sul recettore ORL-1 sembra dar luogo, nell'animale da esperimento, ad effetti opposti a quelli esercitati dagli agonisti mu (Lutfy *et al.*, 2003), e ciò potrebbe, almeno in parte, spiegare perché la sua massima attività è limitata rispetto a quella degli agonisti puri.

Farmacocinetica

Sia il metadone che la buprenorfina sono caratterizzati da una durata d'azione nell'uomo di svariate ore, determinata da una lunga permanenza al livello del recettore.

In questo modo, inducendo effetti abbastanza costanti nell'arco della giornata, questi farmaci aiutano a spezzare sia dal punto di vista biologico che soggettivo e comportamentale il ciclo appetizione-ricerca-consumo caratteristico dell'eroina, oppiaceo con durata d'azione limitata a poche ore.

* Medico farmacologo, Ser.T. di Augusta (SR).

** Medico farmacologo, Ser.T. di Lentini (SR).

Esiste riscontro in Letteratura, come nella pratica clinica, di una notevole variabilità nella velocità di eliminazione del metadone, nella sua effettiva durata d'azione, e nei livelli ematici raggiunti a parità di posologia, sia tra individuo e individuo, che nello stesso soggetto in momenti e condizioni diverse (Eap *et al.*, 2002).

La sua biodisponibilità varia tra il 36% ed il 100% (media 75%), l'emivita di eliminazione tra 5 e 130 ore (media 22 ore per il racemo, 40 ore per la forma L), la clearance tra 0.02 e 2 l/min (media 0.095 l/min), la frazione libera nel sangue di 4 volte (media 13%), il volume apparente di distribuzione tra 2 e 13 l/kg (media 4 l/kg) (Eap *et al.*, 2002).

Sembra inoltre che la velocità di eliminazione del metadone sia minore nelle fasi iniziali del trattamento, e poi vada via via aumentando nel tempo, forse per fenomeni di auto-induzione del proprio metabolismo (Wolff *et al.*, 2000).

I livelli ematici del L-metadone normalizzati in rapporto al dosaggio, in fase di stabilizzazione, variano di 17 volte tra soggetti che non assumono altri farmaci e di 41 volte tra soggetti che assumono altri farmaci capaci di influenzarne la cinetica (Eap *et al.*, 2000).

Non è stata riscontrata, inoltre, nessuna correlazione diretta e prevedibile tra dosaggi di metadone superiori a 100 mg/die e livelli minimi e massimi della metadonemia (Dorsey, 2003). La conseguenza di una così ampia e imprevedibile variabilità cinetica, è che per ottenere la concentrazione plasmatica, ritenuta clinicamente efficace, di L-metadone di 250 ng/ml, in un soggetto di 70 kg, la posologia può potenzialmente variare tra 55 e 921 mg/die (Eap *et al.*, 2000).

Dal momento che in molti ambulatori non è frequente osservare dosaggi superiori ai 150 mg/die, per motivi non strettamente correlabili a quanto noto sugli effetti e sulla tollerabilità del farmaco metadone, è facilmente comprensibile come una certa quota di pazienti è destinata ad essere medicata in maniera insufficiente a compensare malessere psicofisico e desiderio compulsivo di eroina, e dunque ad essere classificati come "non responder" alla terapia farmacologica con metadone – qualora limitata da un tetto massimo di dosaggio. Da un'elaborazione dei dati pubblicati da Eap e collaboratori (2000), considerando una concentrazione obiettivo di 250 ng/ml di R-metadone, un tetto massimo di dosaggio di 150 mg/die, e soggetti privi di comedicazioni e di peso pari a 70 kg, tale quota potrebbe essere stimata addirittura al 50%.

Per quanto riguarda la buprenorfina, nella corrente formulazione farmaceutica in compresse sublinguali, sono disponibili dati di farmacocinetica sul volontario sano dopo singola dose da 2 a 16 mg (McAleer *et al.*, 2003).

Viene osservata in questo studio un'emivita plasmatica di eliminazione tra le 9 e le 69 ore (media 26 ore), e coefficienti di variabilità inter-individuale per la concentrazione plasmatica di picco e per l'AUC compresi tra il 26 ed il 41%.

In precedenti esperienze di somministrazione ripetuta di buprenorfina, in soluzione idroalcolica sublinguale anziché compresse, i livelli plasmatici valutati immediatamente prima della somministrazione (t zero) hanno mostrato comunque una variabilità inter-individuale di circa 9 volte con un coefficiente di variazione del 63% (Chawarski *et al.*, 1999), e con un'emivita di eliminazione più prolungata, pari a 42 ore (Kuhlman *et al.*, 1998); inoltre, confrontando i dati farmacocinetici dopo somministrazione di dosi scalari sia delle compresse sublinguali che della soluzione idroalcolica, non si osservava una proporzionalità diretta tra dosaggio somministrato e farmaco presente in circolo, con incremento percen-

tuale dei livelli ematici inferiore all'incremento percentuale dei dosaggi, spiegabile con l'ipotesi di una soglia massima, saturabile, nell'assorbimento sublinguale (Harris *et al.*, 2004). Per quanto si possa presumere verosimilmente per la buprenorfina una variabilità farmacocinetica non dissimile da quella del metadone, la sua natura di agonista parziale fa sì che, clinicamente, ci si possa preoccupare meno dei suoi dosaggi, rispetto al metadone, assicurandosi soltanto che essi non siano insufficienti, ma con un basso rischio di indurre reazioni avverse legate a sovradosaggio, visto che comunque al di sopra di una certa dose gli effetti oppioidi mu rimangono costanti, posto che venga rispettata la via di somministrazione sublinguale.

Esiti del trattamento

Ad oggi, la meta-analisi più recente e completa, concernente il confronto fra metadone e buprenorfina in termini di esiti primari del trattamento, è quella di Mattick e collaboratori (2004), che hanno preso in considerazione gli studi clinici controllati di confronto buprenorfina-metadone o buprenorfina-placebo disponibili a tutto il 2001.

La meta-analisi mostra che, nell'utilizzo a dosaggi non prefissati, ma decisi di volta in volta secondo le condizioni cliniche del paziente, gli esiti ottenuti con i due trattamenti non differiscono significativamente in termini di riscontro di cataboliti urinari di eroina, cocaina o benzodiazepine, di uso riferito di eroina o di ricorso riferito ad attività illegali, mentre differiscono soltanto nella ritenzione in trattamento, che appare significativamente minore per la buprenorfina rispetto al metadone.

Quando ambedue i farmaci vengono impiegati a dosi molto basse (20-35 mg di metadone contro 2-4 mg di buprenorfina), non si riscontrano differenze statisticamente significative né nella ritenzione in trattamento, né nei riscontri di cataboliti urinari di eroina o cocaina, né nell'uso riferito di eroina. Quando vengono impiegati tutti e due a dosaggi maggiori (60-80 mg di metadone contro 6-12 mg di buprenorfina), ricompare il vantaggio per il metadone in termini di ritenzione in trattamento; inoltre, l'uso di eroina valutato tramite i cataboliti urinari è inferiore per i gruppi trattati con metadone, mentre quello di cocaina è equivalente.

È importante tener conto che gli esiti riportati sono valutati in base ai risultati di studi clinici controllati, dove i criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti, i protocolli di trattamento e di valutazione dei risultati sono normalmente più rigidi di quanto in uso nell'ambiente "naturalistico" di un ambulatorio di medicina delle tossicodipendenze.

Dunque, la ritenzione in trattamento potrebbe essere minore per la buprenorfina a causa della maggiore facilità di "saltare" una o più giornate di assunzione, a sua volta legata alla lunga durata d'azione, che in alcuni pazienti a dosaggi congrui può facilmente superare le 24 ore.

Tale comportamento, nell'ambito di uno studio clinico, può però portare ad annoverare il soggetto come drop-out.

L'ultimo grande studio clinico controllato, in doppio cieco randomizzato, di confronto, condotto su 405 soggetti eroino-dipendenti, con dosaggi flessibili di metadone o buprenorfina (Mattick *et al.*, 2003), riportava anche alcuni interessanti esiti secondari.

I due trattamenti risultavano equivalenti in termini di riduzione dei comportamenti a rischio di contagio di HIV, di funzio-

namento sociale, salute fisica, e sintomatologia psichiatrica valutata con l'SCL90-R; risultavano equivalenti anche in termini soggettivi, riportati dal paziente, di "benessere/malessere", "sensazione di dipendenza", "gradimento del farmaco", "senso di normalità", e "gravità percepita della tossicodipendenza". A differenza della buprenorfina, invece, il metadone dava luogo ad una maggiore sensazione di "effetto oppiaceo", e di "gradimento del farmaco" nelle prime sei settimane di trattamento.

Per quanto concerne gli effetti della buprenorfina sull'uso di cocaina nel soggetto dipendente da cocaina e oppiacei, un recente studio clinico controllato in doppio cieco randomizzato (Montoya *et al.*, 2004) mostra che un elevato dosaggio di buprenorfina (16 mg in soluzione idroalcolica sublinguale), somministrato per un periodo di 70 giorni, riduceva significativamente sia il numero di urine positive per uso di cocaina, sia la concentrazione urinaria media del catabolita benzoilecgonina, mantenendo tale effetto anche nel corso della successiva graduale riduzione del farmaco, fino a zero, nell'arco di 20 giorni.

Facendo riferimento agli studi di farmacocinetica di Harris e collaboratori (2004), i livelli ematici ottenibili dalla somministrazione di buprenorfina 16 mg in soluzione idroalcolica non sono raggiungibili con quella di 32 mg in compresse sublinguali, e probabilmente sarebbero necessari dosaggi superiori non ammessi in scheda tecnica.

Montoya e collaboratori (2004) commentano come ad oggi non sussistano evidenze convincenti di efficacia nell'uomo, in termini di riduzione dell'autosomministrazione di cocaina, per dosaggi inferiori di buprenorfina.

Fattori predittivi di esito e di mal-uso

La maggioranza degli studi attualmente disponibili, intesi a valutare le variabili che possono condizionare la risposta al trattamento, non hanno preso in considerazione con metodologie affidabili il confronto tra metadone e buprenorfina.

Può essere comunque interessante valutare a questo proposito i risultati di studi aperti, non controllati, su coorti di soggetti trattati con buprenorfina, prevalentemente in Francia, la nazione che per prima ha registrato una formulazione farmaceutica di buprenorfina con indicazione al trattamento della dipendenza da oppiacei, o in USA, ove la buprenorfina è stata sperimentata in studi pre-registrazione.

C'è comunque da tener conto di notevoli differenze strategiche nell'utilizzazione della buprenorfina tra la Francia ed il nostro Paese: oltralpe, questo farmaco è prescritto in grandissima prevalenza dai medici di medicina generale, e non nel quadro di un trattamento multimodale o di un controllo strutturato della risposta clinica del paziente (Guichard *et al.*, 2003).

Anche per questi motivi, gli esiti vengono valutati con le poche variabili disponibili in un simile setting: ritenzione in trattamento, uso riferito di sostanze psicotrope illegali, ricorso riferito al mal-uso delle compresse sublinguali per via iniettiva.

In uno studio naturalistico, francese, su 956 pazienti, trattati per l'appunto in ambulatori di medicina generale, i soggetti che avevano esiti migliori (in termini di uno specifico punteggio composito socio-comportamentale e sanitario) erano quelli con migliore adattamento sociale, con uno o più ten-

tativi di sospensione dell'uso di eroina in anamnesi, senza una patologia psichiatrica non trattata, con un programma terapeutico chiaro e di durata di almeno un anno (Gasquet *et al.*, 1999).

In USA, un esame parzialmente retrospettivo di 114 soggetti in trattamento con buprenorfina tra 2 ed 8 mg per 3-4 mesi, arruolati in vari studi clinici di dosaggio o di disassuefazione presso una stessa istituzione, mostra che la ritenzione per tutta la durata del programma era dipendente dall'interazione tra grado di psicopatologia (valutato tramite l'opportuna dimensione dell'ASI) ed intensità dell'alleanza terapeutica (valutata dal terapeuta - psicologo o assistente sociale - cieco agli scopi dello studio, mediante lo specifico questionario HAQ-T); in particolare, nei pazienti con scarsi sintomi psicopatologici l'alleanza terapeutica non condizionava la ritenzione, mentre in quelli con sintomatologia moderata o grave il tasso di completamento dello studio correlava in maniera diretta con il grado di alleanza terapeutica (Petry & Bickel, 1999).

Tornando in Francia, in uno studio su 68 soggetti con uso di eroina e cocaina, trattati con buprenorfina (dosi equivalenti ad 8 o 16 mg/die, ma somministrate tre volte a settimana) più contingency management e terapia cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo, si osservava migliore ritenzione in trattamento, nella prime otto settimane di osservazione, nei soggetti con alto grado di Novelty Seeking, valutato con il questionario TPO di Cloninger.

Successivamente, la ritenzione di tali soggetti diminuiva, e a 17 settimane erano rimasti in protocollo prevalentemente soggetti con bassa Novelty Seeking (circa il 50%), mentre i soggetti con alta Novelty Seeking si erano notevolmente ridotti (20%) (Helmus *et al.*, 2001).

Un altro studio francese su 73 soggetti eroinodipendenti, trattati per 3 mesi con dosi flessibili di buprenorfina (fino a 16 mg), registrava una risposta soddisfacente, definita come ritenzione fino a fine studio e negatività di almeno il 75% delle urine prelevate nell'ultimo mese, nei due terzi dei pazienti, caratterizzati da una minore durata della tossicodipendenza (< 10 anni), maggiore gravità all'Addiction Severity Index (ASI), assenza di depressione al Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), bassa disinibizione alla scala di Sensation Seeking di Zuckerman (correlata al Novelty Seeking di Cloninger), mentre il dosaggio del farmaco non sembrava esercitare un effetto significativo (Poirier *et al.*, 2004).

Per quanto concerne il mal-uso iniettivo della buprenorfina in compresse sublinguali, una serie di studi effettuati in Francia su una popolazione complessiva di 770 soggetti trattati presso gli ambulatori dei medici di medicina generale o in centri specialistici tra il 1998 ed il 1999, intervistati sulle loro abitudini con un questionario strutturato, mostrava che in tale setting complessivamente il 50% dei pazienti aveva praticato la somministrazione endovenosa, soprattutto per curiosità (73%), bisogno di iniettarsi qualcosa (69%), ricerca di sensazioni (49%), per insufficienza del dosaggio sublinguale o per la spinta del mercato nero; nel 57% erano stati iniziati alla pratica iniettiva da un altro soggetto in trattamento con buprenorfina, e l'uso iniettivo aveva luogo nonostante la quasi totalità (93%) fosse già informata dei rischi correlati a tale via di somministrazione (Varescon *et al.*, 2002).

In tale popolazione, il rischio del mal-uso iniettivo era maggiore nei soggetti senza fissa dimora (67%) in confronto con quelli dotati di abitazione stabile (47%), ed anche il rischio

di complicazioni sanitarie conseguenti era maggiore tra i senza fissa dimora (58% contro 38%), generalmente meno seguiti dal punto di vista medico-sanitario e meno informati sulla corretta gestione della terapia sostitutiva (Blanchon *et al.*, 2003).

Nel sottogruppo a mantenimento (N=404), la percentuale di soggetti che avevano fatto uso delle compresse sublinguali per via iniettiva almeno una volta era del 47%, e di essi un quinto ne aveva fatto uso iniettivo sin dall'inizio, e quasi la metà entro il primo mese di trattamento; dopo le prime esperienze, due terzi assumevano la buprenorfina sia per via sublinguale che per endovena, il 10% soltanto per endovena, ed i restanti soltanto per via sublinguale (Vidal-Trecan *et al.*, 2003).

Le variabili predittive del mal-uso iniettivo risultavano essere: l'aver usato per via iniettiva già un'altra sostanza diversa dalla buprenorfina in compresse sublinguali, l'uso di cannabinoidi, ed il non avere una fonte di reddito da lavoro; l'uso di eroina risultava, invece, inversamente correlato a quello della buprenorfina (Vidal-Trecan *et al.*, 2003).

È disponibile un unico studio di confronto, osservazionale, tra metadone e buprenorfina, effettuato in Francia somministrando un questionario chiuso a 339 soggetti trattati sia presso ambulatori di medicina generale che cliniche specialistiche (Guichard *et al.*, 2003).

In questo campione l'uso per ogni via di sostanze psicotrope illegali non era correlato al tipo di trattamento; l'uso per via iniettiva di sostanze psicotrope illegali o del farmaco sostitutivo prescritto era però maggiore nei soggetti trattati con buprenorfina (40% contro 15%), e tra questi, in coloro che ne ricevevano dosaggi maggiori, e nei soggetti senza fissa dimora; ed in particolare la buprenorfina veniva usata per via iniettiva dal 36% di coloro ai quali era stata prescritta, e dall'11% come unica sostanza iniettata, a fronte di un tasso di iniezione del metadone dell'1%.

Effetti indesiderati: interferenza con la guida di veicoli

Su questo argomento, ampiamente dibattuto, e non sempre in maniera razionale, sono disponibili due recenti studi di confronto. Lenné e collaboratori (2003) hanno sottoposto a prove di guida simulata soggetti stabilizzati a metadone (dose media 48.1 mg), buprenorfina (dose media 14.4 mg) o levodopa-acetilmetadolo (dose media 32.6 mg), e soggetti di controllo che non assumevano farmaci o droghe; non si riscontravano differenze significative tra i gruppi in termini di abilità di guida simulata, mentre in tutti e quattro i gruppi, la somministrazione di alcool come controllo positivo determinava un peggioramento delle capacità di guida. Non veniva valutata, in questo studio, l'eventuale assunzione di altre sostanze psicotrope da parte dei soggetti sperimentali.

Risultati parzialmente diversi sono stati ottenuti da Schindler e collaboratori (2004) in soggetti a mantenimento con metadone (dose media 45.7 mg) o buprenorfina (dose media 10 mg), in confronto retrospettivo con multipli controlli storici appaiati per sesso, età e performance cognitiva.

Dei sette test prestazionali (non tutti di guida simulata) a cui venivano sottoposti, i soggetti in trattamento farmacologico avevano prestazioni statisticamente equivalenti ai controlli in cinque, mentre mostravano prestazioni diverse in due prove. Una di queste era caratterizzata dalla necessità di far ricorso a velocità e precisione nel corso di una situazione monoto-

na; i soggetti trattati non mostravano, come potrebbe apparire intuitivo, ritardo psicomotorio o incoordinazione, anzi avevano reazioni più rapide dei controlli, ma tendevano a sacrificare la precisione a vantaggio della velocità, ed il fenomeno era più evidente nei soggetti a metadone che in quelli mantenuti a buprenorfina.

Nell'altra prova, volta a determinare i tempi di decisione e esecuzione della frenata nella guida simulata, i soli soggetti a metadone ottenevano tempi peggiori, mentre quelli a buprenorfina rimanevano equivalenti ai controlli.

I soggetti che assumevano, in aggiunta alla terapia, eroina, cocaina o benzodiazepine, non avevano prestazioni significativamente diverse da quelli che non ne facevano uso; gli osservatori erano in cieco rispetto all'uso di ulteriori sostanze psicotrope.

Effetti indesiderati: tossicità acuta

In aggiunta a quanto già ben noto per gli agonisti oppiacei in generale, ed ampiamente riportato sia in letteratura che in scheda tecnica, sussistono possibili effetti indesiderati specifici di natura tossica che debbono essere tenuti presenti in clinica.

Il mal-uso per via endovenosa della buprenorfina formulata in compresse sublinguali, oltre ai possibili problemi legati all'ingresso in circolo di materiale particolato e non sterile (Guichard *et al.*, 2003), determina livelli ematici del principio attivo molto maggiori rispetto a quanto ottenibile per la via di somministrazione sublinguale, e probabilmente concentrazioni ancora maggiori in specifici siti di accumulo.

In tali condizioni, la buprenorfina si comporta da disaccoppiante ed inibitore della respirazione mitocondriale (Berson *et al.*, 2001a); clinicamente si è osservata un'epatopatia acuta, sintomatica, caratterizzata da moderato o notevole aumento delle transaminasi e sovente da ittero, in soggetti già affetti da epatite da HCV, reversibile dopo interruzione del mal-uso iniettivo (Berson *et al.*, 2001b).

Innalzamenti delle transaminasi, dose-dipendenti, di dubbia rilevanza clinica, sono stati riportati anche nel corso di terapia con buprenorfina con vie e dosaggi consueti in soggetti con anamnesi di epatite virale (Petry *et al.*, 2000).

La nor-buprenorfina, principale metabolita in vivo della buprenorfina, non è responsabile di disturbi della respirazione mitocondriale (Berson *et al.*, 2001a).

Alti livelli ematici di metadone, in soggetti predisposti, possono dare luogo a gravi aritmie ventricolari, a tipo torsione di punta, provocate da turbe della ripolarizzazione ventricolare con allungamento del tratto QT all'ECG, che richiedono la defibrillazione o l'applicazione di pacemaker (Krantz *et al.*, 2002) e possono dar luogo ad arresto cardio-respiratorio improvviso (Vodoz *et al.*, 2003) ed exitus.

L'effetto è dose-dipendente (Krantz *et al.*, 2003), ma, viste le particolarità del metabolismo del metadone prima riassunte, non è possibile prevedere il rischio di raggiungere livelli ematici eccessivi conoscendo soltanto il dosaggio; nella casistica di Krantz (2003), composta da 17 soggetti colpiti da torsione di punta, i dosaggi di metadone andavano da 65 a 1000 mg/die, con una media di 397 mg/die.

Minimi incrementi del tratto QT, privi di rilevanza clinica, sono stati comunque riscontrati in soggetti trattati con metadone, sia nella fase di induzione che di stabilizzazione, indipendentemente dal dosaggio del farmaco (Martell *et al.*, 2003).

La predisposizione a questo tipo di aritmia è genetica, legata ad una mutazione dei canali dello ione potassio, con prevalenza da 1:5000 a 1:10000, soprattutto nel sesso femminile; se ne può sospettare la presenza se nell'anamnesi familiare si riscontrano casi di sincopi o morti improvvise inesplicabili in congiunti del paziente minori di 55 anni, o casi di "epilessia" o sordità congenita (Schwartz *et al.*, 1993).

Sono state proposte linee guida elettrocardiografiche per la diagnosi precoce (Anderson *et al.*, 2002) in particolare in presenza di farmaci come il metadone che possono facilitare la manifestazione dell'aritmia nei soggetti predisposti; è stato anche suggerito che la misurazione del QT non debba essere ritenuta soltanto di stretta competenza cardiologica, ma che, vista l'importanza della prevenzione della morte aritmica improvvisa, venga estesa ad ogni ambiente clinico – e l'ambulatorio di medicina delle tossicodipendenze potrebbe essere a buon diritto coinvolto.

Un'accessibile guida clinica all'argomento è stata pubblicata da JAMA (Al-Khatib *et al.*, 2003) ed è attualmente liberamente disponibile su Internet; ivi, si raccomanda di effettuare, a tutti i pazienti a cui si prescrive un farmaco che prolunghi il QT, un ECG basale e dopo l'inizio del trattamento, verificando che il QTc (QT corretto in base alla frequenza cardiaca, es. secondo la formula di Bazett $QTc = QT/\sqrt{RR}$) rimanga minore di 450 msec nei maschi e 460 msec nelle femmine, in assenza di difetti di conduzione; se questi intervalli fossero superati, sarebbe necessario un parere specialistico e/o la sostituzione del farmaco.

Sono anche disponibili su Internet le tabelle aggiornate dei farmaci in grado di indurre torsione di punta nel soggetto predisposto, nel sito <http://www.torsades.org>.

Essi non dovrebbero essere associati fra loro o con il metadone, se non sotto controllo cardiologico.

Quelli con responsabilità maggiormente accertata, attualmente in vendita in Italia, sono procinetici (domperidone), antibiotici e chemioterapici (eritromicina, claritromicina, pentamidina), neurolettici (aloperidolo, clorpromazina, droperidolo, tioridazina, pimozide), cardiologici (amiodarone, chinidina, disopiramide, dofetilide, ibutilide, procainamide, sotalolo), antimalarici (alofantrina, cloroquina), antitumorali (arsenico triossido).

Nelle pagine del sito citato, sono disponibili anche le liste di farmaci che prolungano il QT ma non hanno dato luogo a casi, riportati in Letteratura, di aritmie, e di farmaci che debbono essere evitati dai portatori della predisposizione congenita al QT lungo.

Inoltre, dal momento che l'ipokaliemia e l'ipomagnesemia aumentano il rischio aritmico, e la tipica sudorazione profusa – effetto collaterale del trattamento con metadone – potrebbe provocare perdite di elettroliti, la supplementazione salina con alimenti o integratori potrebbe essere indicata nei soggetti in trattamento con metadone nei periodi più caldi.

I farmaci che inibiscono l'attività del citocromo CYP3A4, che partecipa al metabolismo ossidativo sia del metadone che della buprenorfina, possono innalzarne i livelli ematici, e dunque aumentare il rischio di epatite tossica da mal-uso iniettivo di buprenorfina (Berson *et al.*, 2001a) e di aritmia ventricolare da metadone (Vodoz *et al.*, 2003).

Le tabelle aggiornate dei farmaci che inibiscono questo e gli altri citocromi sono liberamente reperibili su Internet nel sito <http://www.drug-interactions.com>; sebbene un uso giudizioso di tali farmaci (es. cimetidina) possa essere utile, sotto con-

trollo medico, per prolungare in soggetti rapidi metabolizzatori l'emivita di eliminazione e di conseguenza la durata d'azione del metadone, si impone la massima prudenza per prevenire l'insorgenza di questi ed altri effetti indesiderati da sovradosaggio.

Tra i più importanti inibitori del citocromo CYP3A4 in vendita in Italia si annoverano alcuni antibiotici (claritromicina, eritromicina), antimicotici (itraconazolo, ketoconazolo), cardiologici (amiodarone, diltiazem, verapamil), antidepressivi (fluvoxamina, fluoxetina, nefazodone), il succo di pompelmo e la cimetidina.

Conclusioni

Trarre linee-guida con pretese di attendibilità da considerazioni disomogenee in termini di metodologie, popolazione osservata, esiti, integrando studi osservazionali, studi sperimentali e razionale biologico, è un'operazione rischiosa e sottoposta, quanto meno, all'errore sistematico legato alle opinioni soggettive degli Estensori.

Con una tale varietà di informazioni, è probabile che il meglio che si possa fare è confrontarle con la propria pratica clinica, e di integrarle, se è il caso, in maniera critica, pesandone la verosimile rilevanza empirica e l'applicabilità ai propri pazienti.

Agli estremi opposti della gerarchia delle evidenze, due tipi di studi potrebbero essere utili a chiarire ulteriormente l'argomento: da una parte, sperimentazioni cliniche randomizzate in doppio cieco e "doppio dummy" di confronto tra metadone e buprenorfina in specifici sottogruppi di pazienti (e gli esempi sono potenzialmente molti: persone con disturbi psichiatrici comorbili di asse I, soggetti con alta tolleranza, soggetti agli estremi di età, ecc.); dall'altra, le rassegne di casistiche cliniche e, ove disponibili, le segnalazioni di farmacovigilanza per effetti indesiderati.

La complessità dei primi li rende fuori della portata dei consueti ambiti d'assistenza, ma i secondi sono realizzabili e – per quanto riguarda la farmacovigilanza – doverosi nell'ambulatorio di medicina delle tossicodipendenze.

Il Lettore si sarà reso conto che le certezze che possono guidare la scelta della terapia oppioide agonista, probabilmente, sono in atto soltanto quelle relative alla farmacocinetica ed alle specifiche manifestazioni tossiche: se questa rassegna d'aggiornamento riuscirà a indirizzare verso una prescrizione corretta – nel perseguire, quale che sia il farmaco, i dosaggi efficaci per il benessere del paziente, non bloccati da tetti massimi che ben poco hanno di scientifico – ed al tempo stesso prudente – nell'evitare fenomeni di tossicità il più delle volte legati a disattenzione nell'osservazione dei segni e dei sintomi riportati dal paziente, e della terapia prescrittagli da altri terapeuti – essa avrà raggiunto, per quanto possibile, il suo scopo. ✍

Bibliografia

- Al-Khatib S.M., LaPointe N.M., Kramer J.M., Califf R.M., "What clinicians should know about the QT interval", *JAMA*. 2003 Apr 23-30;289(16):2120-7. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/289/16/2120.pdf>
- Anderson M.E., Al-Khatib S.M., Roden D.M., Califf R.M., "Cardiac repolarization: current knowledge, critical gaps, and new approaches to drug development and patient management", *Am Heart J*. 2002 Nov;144(5):769-81.

- Berson A., Fau D., Fornacciari R., Degove-Goddard P., Sutton A., Descatoire V., Haouzi D., Letteron P., Moreau A., Feldmann G., Pessayre D., "Mechanisms for experimental buprenorphine hepatotoxicity: major role of mitochondrial dysfunction versus metabolic activation", *J Hepatol*. 2001 Feb;34(2):261-9.
- Berson A., Gervais A., Cazals D., Boyer N., Durand F., Bernuau J., Marcellin P., Degott C., Valla D., Pessayre D., "Hepatitis after intravenous buprenorphine misuse in heroin addicts", *J Hepatol*. 2001 Feb;34(2):346-50.
- Blanchon T., Boissonnas A., Vareseon I., Vidal-Trecan G., "Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse", *Subst Use Misuse*. 2003 Feb-May;38(3-6):429-42.
- Callahan R.J., Au J.D., Paul M., Liu C., Yost C.S., "Functional inhibition by methadone of N-methyl-D-aspartate receptors expressed in Xenopus oocytes: stereospecific and subunit effects", *Anesth Analg*. 2004;Mar 98(3):653-9.
- Chawarski M.C., Schottenfeld R.S., O'Connor P.G., Pakes J., "Plasma concentrations of buprenorphine 24 to 72 hours after dosing", *Drug Alcohol Depend*. 1999 Jun;155(1-2):157-63.
- Davis A.M., Inturrisi C.E., "d-Methadone blocks morphine tolerance and N-methyl-D-aspartate-induced hyperalgesia", *J Pharmacol Exp Ther*. 1999 May;289(2):1048-53.
- Dorsey J.S., "Serum methadone levels and optimal dosing in methadone maintained patients", Poster presented at: American Association for the Treatment of Opioid Dependence Conference April 13-16, 2003 Washington, DC. Poster P9. Additional analyses by S. Leavitt, data on file.
- Eap C.B., Bourquin M., Martin J., Spagnoli J., Livoti S., Powell K., Baumann P., Deglon J., "Plasma concentrations of the enantiomers of methadone and therapeutic response in methadone maintenance treatment", *Drug Alcohol Depend*. 2000 Dec;226(1):47-54.
- Eap C.B., Buclin T., Baumann P., "Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence", *Clin Pharmacokinet*. 2002;41(14):1153-93.
- Ebert B., Andersen S., "Krogsgalard-Larsen P. Ketobemidone, methadone and pethidine are non-competitive N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonists in the rat cortex and spinal cord", *Neurosci Lett*. 1995 Mar 10;187(3):165-8.
- Ebert B., Thorkildsen C., Andersen S., Christrup L.L., Hjedts H., "Opioid analgesics as noncompetitive N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonists", *Biochem Pharmacol*. 1998 Sep;156(5):553-9.
- Gasquet I., Lancon C., Parquet P., "Facteurs prédictifs de réponse au traitement substitutif par buprénorphine haut dosage - Étude naturaliste en médecine générale", *Encephale*. 1999 Nov-Dec;25(6):645-51.
- Gorman A.L., Elliott K.J., Inturrisi C.E., "The d- and l-isomers of methadone bind to the non-competitive site on the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor in rat forebrain and spinal cord", *Neurosci Lett*. 1997 Feb 14;223(1):5-8.
- Guichard A., Lert F., Calderon C., Gaigi H., Maguet O., Soletti J., Brodeur J.M., Richard L., Benigeri M., Zunzunegui M.V., "Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France", *Addiction*. 2003 Nov;98(11):1585-97.
- Harris D.S., Mendelson J.E., Lin E.T., Upton R.A., Jones R.T., "Pharmacokinetics and subjective effects of sublingual buprenorphine, alone or in combination with naloxone: lack of dose proportionality", *Clin Pharmacokinet*. 2004;43(5):329-40.
- Helmus T.C., Downey K.K., Arfken C.L., Henderson M.J., Schuster C.R., "Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users", *Drug Alcohol Depend*. 2001 Feb;161(3):287-95.
- Huang P., Kehner G.B., Cowan A., Liu-Chen L.Y., "Comparison of pharmacological activities of buprenorphine and norbuprenorphine: norbuprenorphine is a potent opioid agonist", *J Pharmacol Exp Ther*. 2001 May;297(2):688-95.
- Krantz M.J., Kutinsky I.B., Robertson A.D., Mehler P.S., "Dose-related effects of methadone on QT prolongation in a series of patients with torsade de pointes", *Pharmacotherapy*. 2003 Jun;23(6):802-5.
- Krantz M.J., Lewkowicz L., Hays H., Woodroffe M.A., Robertson A.D., Mehler P.S., "Torsade de pointes associated with very-high-dose methadone", *Ann Intern Med*. 2002 Sep 17;137(6):501-4.
- Kuhlman J.J. Jr, Levine B., Johnson R.E., Fudala P.J., Cone E.J., "Relationship of plasma buprenorphine and norbuprenorphine to withdrawal symptoms during dose induction, maintenance and withdrawal from sublingual buprenorphine", *Addiction*. 1998 Apr;93(4):549-59.
- Lenne M.G., Dietze P., Rumbold G.R., Redman J.R., Triggs T.J., "The effects of the opioid pharmacotherapies methadone, LAAM and buprenorphine, alone and in combination with alcohol, on simulated driving", *Drug Alcohol Depend*. 2003 Dec 11;72(3):271-8.
- Lutfy K., Eitan S., Bryant C.D., Yang Y.C., Saliminejad N., Walwyn W., Kieffer B.L., Takeshima H., Carroll F.I., Maidment N.T., Evans C.J., "Buprenorphine-induced antinociception is mediated by mu-opioid receptors and compromised by concomitant activation of opioid receptor-like receptors", *J Neurosci*. 2003 Nov;1223(32):10331-7.
- Martell B.A., Arnsten J.H., Ray B., Gourevitcg M.N., "The impact of methadone induction on cardiac conduction in opiate users", *Ann Intern Med*. 2003 Jul 15;139(2):154-5.
- Mattick R.P., Ali R., White J.M., O'Brien S., Wolk S., Danz C., "Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients", *Addiction*. 2003 Apr;98(4):441-52.
- Mattick R.P., Kimber J., Breen C., Davoli M., "Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review)", in: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- McAleer S.D., Mills R.J., Polack T., Hussain T., Rolan P.E., Gibbs A.D., Mullins F.G., Hussein Z., "Pharmacokinetics of high-dose buprenorphine following single administration of sublingual tablet formulations in opioid naive healthy male volunteers under a naltrexone block", *Drug Alcohol Depend*. 2003 Oct;247(1):75-83.
- Montoya I.D., Gorelick D.A., Preston K.L., Schroeder J.R., Umbricht A., Cheskin L.J., Lange W.R., Contoreggi C., Johnson R.E., Fudala P.J., "Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence", *Clin Pharmacol Ther*. 2004 Jan;75(1):34-48.
- Petry N.M., Bickel W.K., Piasecki D., Marsch L.A., Badger G.J., "Elevated liver enzyme levels in opioid-dependent patients with hepatitis treated with buprenorphine", *Am J Addict*. 2000 Summer;9(3):265-9.
- Petry N.M., Bickel W.K., "Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence", *Psychiatr Serv*. 1999 Feb;50(2):219-27.
- Poirier M.F., Laqueille X., Jalfre V., Willard D., Bourdel M.C., Fermanian J., Olie J.P., "Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: results of a multicenter study of 73 patients", *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 Mar;28(2):267-72.
- Rothman R.B., Gorelick D.A., Heishman S.J., Eichmiller P.R., Hill B.H., Norbeck J., Liberto J.G., "An open-label study of a functional opioid kappa antagonist in the treatment of opioid dependence", *J Subst Abuse Treat*. 2000 Apr;18(3):277-81.
- Schindler S.D., Ortner R., Peterzell A., Eder H., Opgenoorth E., Fischer G., "Maintenance therapy with synthetic opioids and driving aptitude", *Eur Addict Res*. 2004;10(2):80-7.
- Schwartz P.J., Moss A.J., Vincent G.M., Crampton R.S., "Diagnostic criteria for the long QT syndrome. An update", *Circulation*. 1993 Aug;88(2):782-4.
- Shimoyama N., Shimoyama M., Elliott K.J., Inturrisi C.E., "d-Methadone is antinociceptive in the rat formalin test", *J Pharmacol Exp Ther*. 1997 Nov;283(2):648-52.
- Varescon I., Vidal-Trecan G., Nabet N., Boissonnas A., "Substitution et mésusage: l'injection intraveineuse de buprénorphine haut dosage", *Encephale*. 2002 Sep-Oct;28(5 Pt 1):397-402.
- Vidal-Trecan G., Varescon I., Nabet N., Boissonnas A., "Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France", *Drug Alcohol Depend*. 2003 Mar 1;69(2):175-81.
- Vodoz J.F., Jaquier F., Lamy O., "Torsade de pointe: un effet secondaire grave et méconnu chez le toxicomane sous méthadone", *Schweiz Rundsch Med Prax*. 2003 Oct 8;92(41):1748-50.
- Wolff K., Rostami-Hodjegan A., Hay A.W., Raistrick D., Tucker G., "Population-based pharmacokinetic approach for methadone monitoring of opiate addicts: potential clinical utility", *Addiction*. 2000 Dec;95(12):1771-83.

Epatite C: diagnosi e follow up biologico

Jean-Dominique Poveda*, Maria Grazia Marin**

Il virus dell'epatite (HCV) è stato descritto nel 1989 come il maggiore responsabile dell'epatite non-A and non-B, dopo l'identificazione mediante tecniche di biologia molecolare (clonaggio e sequenza).

L'epatite C rappresenta la causa più frequente di epatite cronica, di cirrosi epatica e di epatocarcinoma in Italia ed è una delle principali cause di trapianto di fegato.

La prevalenza di infezione da HCV in Italia è stimata in circa il 3% della popolazione generale, con incremento da Nord a Sud e secondo l'età.

I test di laboratorio sono fondamentali per la diagnosi e il monitoraggio del paziente.

Il Virus

L'HCV è un virus con un involucro (*envelope*) di 55-65 nm di diametro.

L'envelope, costituito dalle proteine virali E1 ed E2, contiene un capsido di simmetria icosaedrica che protegge l'RNA a singolo filamento con polarità positiva di circa 9.4 Kb.

Il virus appartiene alla famiglia dei *Flaviviridae* che include il genere *Flavivirus*, con molti arbovirus come il virus della Febbre Gialla e il virus Dengue, e il genere *Pestivirus*, con i virus responsabili di molte patologie animali.

L'HCV è classificato in un terzo genere, quello degli *Hepacivirus*, di cui è l'unico rappresentante.

L'HCV presenta una considerevole variabilità genetica, sulla base della quale sono stati definiti i genotipi (80% di omologia) e i sottotipi (90% di omologia).

Sono stati descritti sei genotipi principali, numerati da 1 a 6, con un certo numero di sottotipi, identificati da una lettera minuscola (1a, 1b, ecc.).

Epidemiologia, Trasmissione

La trasmissione dell'HCV è parenterale in almeno il 60-70% dei casi.

Le due principali modalità di trasmissione sono la trasfusione di sangue, prima del test sistematico dei donatori, e l'**uso di droghe intravena**, con lo scambio di siringhe o prodotti contaminati.

La trasmissione sessuale dell'HCV è possibile, sebbene sia rara. Solo il 3-6% dei partner regolari dei soggetti infetti da HCV presentano marcatori di infezione.

La trasmissione intrafamiliare sembra possibile considerando la maggiore prevalenza di anticorpi anti-HCV nei membri familiari dei pazienti infetti.

Il meccanismo di questa trasmissione non è ancora chiaro ma può essere messo in relazione alla via parenterale, mediante la condivisione di oggetti potenzialmente in contatto con il sangue, come i rasoi, spazzolini da denti, forbici, ecc.

È stata dimostrata la trasmissione da madre a figlio.

È comune (20%) in caso di co-infezione HCV-HIV e rara (circa 3%) in madri non infette da HIV.

Più è alta la carica virale circolante di HCV RNA nella madre maggiore è il rischio.

* Pasteur Cerba Laboratoire, Paris.

** Centro Analisi Fleming, Brescia.

La trasmissione sembra essere perinatale.

La trasmissione attraverso l'allattamento al seno non è stata dimostrata ma non può essere completamente esclusa.

Un fattore di rischio di infezione non è stato riscontrato in almeno il 30% dei casi.

Tuttavia, la maggior parte dei pazienti sembrano essere stati contaminati attraverso la via parenterale mediante trasfusione o iniezione di prodotti del sangue la cui traccia è stata persa, la trasmissione nosocomiale (cure dentistiche, interventi chirurgici, esplorazioni invasive), agopuntura, tatuaggi, ecc.

Le popolazioni ad alto rischio di infezione sono i politrasmusi, specialmente prima del 1990, i trapiantati, gli emofilici, gli emodializzati, i tossicodipendenti e il personale medico.

Clinica

Dopo un'incubazione di 4-12 settimane, l'infezione da HCV provoca un'epatite acuta spesso benigna, solitamente asintomatica (90% dei casi).

L'aumento delle transaminasi è costante, ma le forme itteriche sono rare.

Non ci sono forme fulminanti.

Solo il 25-30% dei pazienti con epatite C acuta guarisce spontaneamente.

Questa percentuale è più alta nei bambini.

In circa il 70% dei casi, l'epatite acuta evolve verso la cronicità, con una evoluzione più o meno rapida verso la fibrosi, associata a disordini immunitari: malattie immuni complesse (crioglobulinemia mista, glomerulonefrite membranoproliferativa), presenza di autoanticorpi circolanti ecc.

Al contrario di altre infezioni virali croniche, la severità dell'infezione non è in relazione alla quantità di virus determinata nel sangue periferico.

La gravità delle lesioni epatiche è valutata dall'istologia mediante ago-biopsia epatica secondo la classificazione di Metavir, che associa un grado di fibrosi (da F0 a F4) con un grado di attività necrotico-infiammatoria (da A0 a A3).

Dopo 10 anni di evoluzione, circa il 20% dei pazienti evolve verso la cirrosi.

Un contagio dopo i 40 anni, un consumo eccessivo di alcool ed essere maschio rappresentano i fattori di rischio per una più rapida evoluzione verso la cirrosi.

Circa il 3-5% dei pazienti con cirrosi da HCV evolve verso il carcinoma epatocellulare (HCC) ogni anno. L'HCC sembra non verificarsi senza una cirrosi preliminare.

L'epatite C nel bambino, di trasmissione perinatale, è relativamente benigna e può spontaneamente risolversi nei primi due anni di vita.

L'evoluzione verso la cirrosi è eccezionale nel bambino.

Diagnosi, Follow up

► Screening sistematico per Epatite C e conferma

Test per Anticorpi Anti-HCV

Gli Anticorpi Anti-HCV appaiono circa 10 settimane dopo il contagio, al momento dell'epatite acuta o qualche settimana più tardi.

In caso di guarigione dall'epatite C, dopo un'epatite acuta (circa il 30% dei casi) o dopo un trattamento efficace, gli anticorpi possono diminuire o anche diventare non determinabili. Questa riduzione sembra essere in funzione della durata della replicazione virale prima del suo arresto e della risposta immune individuale.

Inoltre, gli anticorpi possono essere assenti in presenza di una vera epatite C cronica, in pazienti con una scarsa produzione anticorpale: emodializzati, pazienti immunosoppressi. In questo caso, l'unico modo per dimostrare l'epatite C è la determinazione diretta del virus.

Lo screening per gli anticorpi anti-HCV richiede necessariamente l'impiego di un test in formato EIA.

Lo screening dell'epatite C è descritto in modo dettagliato nelle linee guida redatte nell'ottobre 2002, sulla base delle conclusioni della Consensus Conference sull'epatite C dell'NIH, e riguarda i seguenti casi:

- soggetti esposti a pratiche mediche o comportamenti ad alto rischio di contagio (prevalenza > 2%);
- soggetti con un fattore di esposizione a rischio basso o indeterminato (prevalenza < 2%).

► Valutazione della sierologia HCV positiva o indeterminata

Determinazione qualitativa dell'HCV RVA

La conferma di una infezione attiva è basata sulla determinazione dell'HCV RNA nel siero mediante tecniche di amplificazione.

Il test qualitativo per HCV RNA è principalmente indicato per la conferma iniziale di una sierologia positiva per HCV, nella fase acuta o cronica, per valutare la presenza o l'assenza di replicazione virale, in parallelo o successivamente alla conferma del risultato sierologico positivo iniziale:

- La presenza dell'RNA associata ad un risultato sierologico confermato positivo attesta la replicazione del virus dell'epatite C. Le transaminasi sono molto spesso alte o alterate ma possono anche essere normali.
- La presenza dell'RNA associata ad una sierologia negativa o indeterminata è eccezionale. Questo quadro può corrispondere ad una epatite acuta o ad una epatite cronica con virus in attiva replicazione, in un contesto di immunosoppressione. Le transaminasi sono molto spesso alte o alterate.
- L'assenza dell'RNA associata ad una sierologia indeterminata corrisponde ad una pregressa epatite C, senza la possibilità di stabilirne la data. Le transaminasi sono normali.
- L'assenza di RNA associata ad una sierologia positiva può essere dovuta ad una epatite C trattata in cui gli anticorpi sono in via di riduzione o comunque ad una situazione in cui il virus non è in attiva replicazione, oppure ad un falso positivo al test di screening.

Il test qualitativo per HCV RNA può essere indicato anche quando si sospetta una epatite C acuta o cronica, senza la presenza di anticorpi.

N.B.: la quantificazione dell'HCV RNA circolante e la determinazione del genotipo non sono raccomandati al momento della conferma iniziale, ma solo prima di qualsiasi decisione terapeutica.

► Trattamento dell'epatite C: valutazione e monitoraggio

Modalità di trattamento

Secondo le raccomandazioni della *Consensus Conference* di ottobre 2002, tutti i pazienti con infezione cronica da

HCV, accertata dalla presenza dell'RNA virale nel siero, sono potenziali candidati al trattamento.

Le indicazioni per il trattamento sono basate sull'istologia del fegato, insieme a fattori individuali: cambiamenti nella qualità di vita, co-morbidità e manifestazioni extra-epatiche. Vengono prese in considerazione anche la motivazione del paziente e le circostanze.

Questi trattamenti comportano effetti secondari, talvolta severi. Un trattamento che associa l'IFN-PEG (Pegylated Interferon) e la ribavirina viene proposto principalmente per:

- Pazienti con epatite cronica moderata o severa (Metavir F2 or F3).
- Pazienti con cirrosi (Metavir F4).
- Pazienti recidivanti o che non rispondono alla monoterapia con Interferon.
- Pazienti trapiantati per cirrosi o HCC da HCV.

Queste indicazioni possono essere modulate in funzione del consumo cronico di alcool, dell'uso di droghe, della coinfezione HCV-HIV, o dell'esistenza di problemi psichiatrici.

- Una biterapia per 24 settimane viene proposta per i pazienti infetti dal genotipo 2 o 3.
- Una biterapia per 48 settimane viene proposta per i pazienti infetti dal genotipo 1, 4, 5 o 6.
- Il trattamento può essere sospeso dopo 12 settimane in caso di non-risposta per il genotipo 1.

Il trattamento dei pazienti con epatite cronica minima (Metavir F0 o F1) o con transaminasi normali non è raccomandato, salvo in caso di manifestazioni extra-epatiche.

L'epatite acuta può beneficiare di un trattamento identico con un'elevata percentuale di successo, senza evolvere verso la cronicità.

Valutazione pre-terapeutica

- **La valutazione della fibrosi epatica** è basata classicamente sull'agobiopsia epatica e sull'istologia del fegato.

Non c'è nessun legame tra la quantità di RNA circolante riscontrata e la severità delle lesioni epatiche osservate all'esame istologico.

La fibrosi e l'attività necrotico-infiammatoria possono essere valutate anche con marcatori chimici sierologici indiretti o mediante il calcolo dell'indice di fibrosi o di attività.

Tra gli altri, possiamo citare:

- il Fibrotest®, indice di fibrosi epatica basato sulle concentrazioni sieriche di bilirubina totale, α -glutammina-transpeptidasi, aptoglobina, apolipoproteina A1 e γ -2-macroglobulina, con l'impiego di tecniche validate;
- l'Actitest®, stima dell'azione necrotico-infiammatoria basata sui cinque parametri precedenti e le transaminasi ALT.

La determinazione di questi indici, ben correlati all'istologia, possono permettere di evitare il 50% delle biopsie epatiche.

- **La valutazione virologica** è basata sulla quantificazione della carica virale circolante (HCV RNA quantitativo) e sulla determinazione del genotipo.

1. HCV RNA quantitativo

La quantificazione dell'HCV RNA è indicata al momento della valutazione virologica pre-terapeutica, associata alla determinazione del genotipo virale.

Questo test può essere usato per valutare il rischio di una buona o scarsa risposta e per ottenere un utile livello di base per monitorare il trattamento.

È stato dimostrato che un'alta carica virale è correlata a un maggior rischio di trasmissione materno-fetale.

Inoltre, una carica virale maggiore di 800,000 UI/ml è considerata essere un fattore di minore risposta e di recidiva più frequente, nel caso del trattamento del genotipo 1 in monoterapia con α -Interferon.

2. HCV Genotipo

Il test per il genotipo determina il tipo e il sottotipo virale.

La determinazione del sottotipo ha attualmente solo un valore epidemiologico.

Le tecniche per identificare il genotipo sono in grado di individuare eventuali coinfezioni da HCV di tipi e sottotipi diversi.

Questa situazione, sebbene non comune, si riscontra nei politrasfusi e nei tossicodipendenti.

Follow up terapeutico

La diminuzione della carica virale durante il trattamento riflette direttamente il successo a lungo termine del trattamento stesso, almeno per il genotipo 1.

Un decremento di più di 2 log dopo 12 settimane di trattamento, o anche 4 settimane, indica una risposta prolungata.

Invece, una riduzione di meno di 2 log 2 indica un fallimento. Questa misura non riguarda i genotipi 2 e 3, che vengono trattati solo per 24 settimane, e non sono disponibili abbastanza informazioni per i genotipi 4, 5 e 6 per poter generalizzare queste constatazioni.

Il follow up terapeutico dell'epatite C trattata è basata, per tutti i genotipi, sul test HCV RNA qualitativo dopo 3 mesi, alla fine del trattamento e ad una certa distanza dalla fine del trattamento per confermare l'arresto della replicazione virale e l'efficacia in termini di risposta immediata e di risposta prolungata.

Per i pazienti infetti con il genotipo 1, il monitoraggio prevede anche la determinazione della carica virale dopo 12 settimane di trattamento, con la possibilità di sospendere il trattamento in caso di mancanza di risposta dopo 12 settimane (assenza di decremento di almeno 2 log della carica virale). ↘

In sintesi

INDICAZIONI	TEST
Screening per anticorpi anti-HCV Conferma della positività per anti-HCV su un secondo campione Valutazione iniziale dopo riscontro di sieropositività Valutazione pre-terapeutica Monitoraggio del trattamento - Lunghezza del trattamento - Efficacia del trattamento	Ab Anti-HCV (test EIA) Controllo con test EIA o Immuno-Blot Determinazione qualitativa dell'HCV RNA - Test epatici: (ALT, fosfatasi alcalina, bilirubina, livello di protrombina) - Indice di fibrosi epatica (Fibrotest-Actitest) - Carica virale - Determinazione del genotipo - Carica virale dopo 12 settimane - Determinazione qualitativa dell'HCV RNA dopo 6 mesi, 12 mesi, 6 mesi dopo la fine del trattamento

Terzo Congresso Internazionale "Safer Options in the Treatment of Opioid Dependence - Understanding Buprenorphine" - Roma, 26-28 aprile 2004

Intervento

*Alessandro Coacci**

Ringrazio gli Organizzatori di questa importante iniziativa per avermi invitato a questo appuntamento come presidente nazionale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, che al momento rappresenta la maggioranza dei professionisti organizzati dal settore in Italia, e che svolge una funzione propositiva nell'ambito delle proprie competenze.

Un particolare ringraziamento lo voglio rivolgere alla Schering-Plough/Essex Italia nelle persone del suo staff direzionale, sempre molto attento e sensibile alle politiche delle dipendenze.

Il fenomeno delle tossicodipendenze che colpisce in Italia circa 300.000 persone rappresenta una importante patologia con gravi ricadute comportamentali a cui si associano altre malattie come AIDS, epatiti, malattie psichiatriche ed altre, in ogni caso fortemente invalidanti.

Il sistema pubblico socio-sanitario italiano ha cercato di dare una risposta al fenomeno fino dagli anni '70; risposta che ovviamente si è col passare del tempo sempre più perfezionata con l'avvento dei Ser.T. (Servizi per la tossicodipendenza) che oggi si occupano di tutte le forme di dipendenza, dall'eroinopatia al gioco d'azzardo, dal tabagismo all'alcolismo ecc.

Contemporaneamente il privato sociale ha realizzato, nelle sue varie articolazioni, percorsi di assistenza residenziale e semiresidenziale, con centri di prima accoglienza e strutture ambulatoriali, ed altro, per soddisfare in modo forte i bisogni della persona nel momento del recupero.

Ad oggi, in Italia, operano 1283 centri del privato sociale che assistono circa 20.000 persone, mentre i servizi pubblici per le dipendenze sono 557, che assistono circa 165.000 pazienti di cui:

- 65.000 in trattamento con metadone;
- 77.000 con trattamento psico-sociale;
- 10.000 con trattamento naltrexone e clonidina;
- 13.000 con trattamento con buprenorfina.

Nell'insieme, vi è un impegno di oltre 10.000 operatori del pubblico e del privato sociale.

In Italia, il ruolo della medicina di base non prevede un suo intervento nella terapia farmacologica delle dipendenze patologiche.

La tendenza all'aumento del consumo delle cosiddette droghe ricreative, tra cui in primo luogo, l'MDMA (l'ecstasy),

e della cocaina; di sostanze allucinogene naturali, come la Salvia Divinorum, la Sida Acuta ed altre; l'aumento dei consumi di alcolici; il fenomeno del policonsumo, diffuso soprattutto nei giovani; l'abbassamento dell'età media dei giovani assuntori; il diversificarsi delle modalità di utilizzo delle sostanze di abuso tradizionali come l'eroina, costituiscono problemi particolarmente impegnativi, anche per il fatto che questi giovani rifiutano l'etichetta di tossicodipendenti e solitamente non si rivolgono ai nostri servizi, perché troppo connotati.

In questo modo ci sfugge la stessa percezione delle dimensioni e delle caratteristiche del fenomeno; percezione che è invece fondamentale per approntare un serio ed efficace programma di intervento.

Riteniamo che circa 100.000 siano i soggetti che fanno uso di sostanze d'abuso e che non si rivolgono ai servizi per le dipendenze: circa un terzo di coloro che vivono il fenomeno della dipendenza in Italia.

Tenendo conto che l'autoreferenzialità genera debolezza e le sinergie, al contrario, generano, nel confronto, autorevolezza ed efficacia delle strategie, la Federazione che ho l'onore di rappresentare, si è prefissa di costruire un terreno comune di azione fra Associazioni appartenenti a culture diverse.

Alcuni importanti risultati sono già stati raggiunti con la Federazione italiana Comunità terapeutiche ed il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza con l'elaborazione di un documento sulla costituzione di una struttura dipartimentale con compiti di programmazione, coordinamento e verifica integrata fra pubblico e privato sociale, finalizzato al raggiungimento di obiettivi condivisi tenendo conto che la posta in gioco è la stessa libertà e dignità della persona; valore irrinunciabile ed incompatibile con qualunque forma di dipendenza.

Quindi ottimizzare le risorse, la qualità delle prestazioni, la risposta sociale, sono responsabilità alle quali una nazione civile non può sottrarsi.

Da quanto vi ho appena detto appare chiaramente che il modello italiano di assistenza per le patologie da dipendenza è senza dubbio all'avanguardia e che può rappresentare un riferimento per i Paesi europei e per il resto del mondo.

È da notare che i nostri servizi hanno assistito una popolazione composta per l'80% da pazienti affetti da dipendenza da eroina, utilizzando fino a quattro anni fa farmaci come il metadone ed il naltrexone.

Con l'avvento della buprenorfina abbiamo a disposizione un importante strumento e una alternativa farmacologia per migliorare il quadro clinico dei nostri assistiti, anche per la capacità di produrre benefici effetti sulla stessa depressione che spesso colpisce i nostri pazienti.

Tanto è che il progressivo e costante utilizzo, in modo appropriato, di questo farmaco da parte dei professionisti del settore, ci fa ben sperare sulla possibilità che si arrivi a perfezionare i percorsi terapeutici finalizzati alla guarigione.

Gentili Signore e Signori, avrei altre cose da dirvi, e lo farei molto volentieri, ma il tempo che mi sono dato è ormai finito. Vi ringrazio dell'attenzione con cui mi avete ascoltato.

Seguirò con molto interesse i lavori di questa Conferenza Mondiale ed i contributi che i relatori e gli intervenuti vi porteranno, sicuro che da questi trarrò nuovi importanti stimoli e preziose indicazioni di lavoro per il futuro. ✍

* *Presidente Nazionale FeDerSerD.*

Il congresso

Claudio Leonardi*

Obiettivo del congresso è stato quello di offrire, ai circa 200 invitati provenienti da tutto il mondo, la possibilità di partecipare ad un forum formativo interattivo nel quale, anche attraverso la discussione di cases report, si è discusso e formalizzato una serie di argomentazioni scientifiche correlate all'uso corretto della buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza da eroina.

Durante i lavori del congresso sono stati affrontati i seguenti argomenti riguardanti l'uso terapeutico della buprenorfina:

1. Epidemiologia ed organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze.

2. Aspetti farmacoeconomici.
3. Efficacia terapeutica in combinazione con il naloxone.
4. Caratteristiche farmacologiche e di sicurezza nell'uso.
5. Induzione da eroina e metadone.
6. Combinazione farmacologica con benzodiazepine.
7. Utilizzo nei pazienti affetti da comorbidità psichiatrica.
8. Utilizzo nei pazienti affetti da patologie virali HIV ed HCV correlate.
9. Trattamento dei pazienti affetti da alta dipendenza da oppiacei.
10. Effetti del trattamento sulle performances psicomotorie.
11. Uso in gravidanza.

Data la rilevante mole di informazioni scientifiche che ci sono pervenute dalle relazioni e dai poster presentati al congresso, FeDerSerD ha deciso di pubblicare nei prossimi numeri di Mission una nutrita recensione degli argomenti trattati.

Tale recensione sarà curata da Gilberto Gerra, Claudio Leonardi, Michele Ferdico ed Edoardo Cozzolino.

Un esame del programma e dei relatori rende l'immagine della rilevanza dell'evento. ☺

* *Direttivo Nazionale FeDerSerD - Responsabile Regione Lazio.*

Monday 26th April 2004

SESSION 1: EXPERIENCES FROM AROUND THE WORLD

Into the Treatment Maze: Experiences from Australia (*Robert Ali*)

The Italian Perspective (*Claudio Leonardi*)

Economic and Social Consequences of Buprenorphine Maintenance Treatment After One Year of Medical Follow-up in France: The ANISSE Study (*Pierre Kopp*)

Cost Analysis of Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Heroin Dependence in Italy (*Giorgio Colombo*)

The US Experience with the Buprenorphine/Naloxone Combination (*Leslie Amass*)

Breakout Discussion Groups: International Best Practice - In Search of Treatment Utopia (*Robert Ali, Neville Wright, Claudio Leonardi, Stephan Walcher, Leslie Amass, Pierre Kopp, Giorgio Colombo, Laurent Gourarier, Nick Lintzeris, Gilberto Gerra, Martin Bennett, Walter Ling, Marc Auriacombe, Michael Soyka and Tom Kosten*)

Tuesday 27th April 2004

SESSION 2: THE FUNDAMENTALS OF BUPRENORPHINE

Receptor Pharmacology Focusing on Safety (*David Nutt*)

Induction from Heroin/Transfer from Methadone (*Nicholas Lintzeris*)

Best Practice in Starting Patients on Buprenorphine (*Nicholas Lintzeris*)

The Role of the Pharmacist in Buprenorphine Treatment (*Martin Bennett*)

SESSION 3: LIVING WITH TREATMENT IN THE REAL WORLD

Buprenorphine and Benzodiazepines: Is it a Safe Match? (*Marc Auriacombe*)

Concomitant use of Buprenorphine with Benzodiazepines (*Marc Auriacombe*)

Pharmacotherapy of Comorbidity with Buprenorphine: Depression and AIDS (*Thomas Kosten*)

Workshop Buprenorphine and HIV/HCV Co-infection

Pain in Addiction: View from the Other Side (*Walter Ling*)

Workshop Pain Management (*Walter Ling*)

Wednesday 28th April 2004

SESSION 4: EFFECTIVELY MANAGING HIGH/COMPLEX DEPENDENCY

Buprenorphine Versus Methadone for Opioid High-Dependency: Relationship with Patient Variables (*Gilberto Gerra*)

Overcoming Chaos – Treatment for the Complex Heroin User (*Neville Wright*)

Case Studies and Discussion Workshop High Dependency Case Studies (*Neville Wright, Gilberto Gerra*)

SESSION 5: SPECIAL INTEREST TOPICS

Comparative Effects of Buprenorphine and Methadone on Psychomotor Performance and Driving Ability in Drug-Dependent Patients (*Michael Soyka*)

Pregnancy and Opioid Dependence: What's New with Buprenorphine? (*Laurent Gourarier*)

Meeting Close (*Robert Ali*)

Proposta di organizzazione e sistemi di valutazione del Dipartimento delle Dipendenze

Pietro Fausto D'Egidio*

"Essendo cresciuto in una famiglia che aveva dei servitori, sono entrato nella vita attiva, al pari di tutti i giovani della mia epoca, con un notevole carico di confidenza nella necessità di comandare, impartire ordini, rimproverare, punire. Ma quando, ancora giovane, dovetti gestire degli affari seri e avere a che fare con uomini [liberi], quando ogni errore avrebbe portato da solo a pesanti conseguenze, iniziai ad apprezzare la differenza tra l'agire basato sul principio del comando e della disciplina e l'agire basato sul principio della comprensione condivisa. Il primo funziona mirabilmente in una parata militare, ma non ha valore alcuno allorché si tratta della vita reale, dove ogni obiettivo può essere raggiunto soltanto tramite i duri sforzi di molte volontà convergenti."

Pyotr Alexeyvich Kropotkin

I Servizi territoriali per le tossicodipendenze hanno una storia. Una storia lunga, per alcuni sono più di 25 anni come per il nostro Servizio per le tossicodipendenze di Pescara.

Una storia che è lunga come la nostra anche per alcune delle comunità terapeutiche che continuano ad operare nel nostro territorio.

Un quarto di secolo di speranze, di tentativi, di errori, di cambiamenti, di miglioramenti, di nuova consapevolezza.

Possiamo ben dire che la epistemologia dei Servizi territoriali per le tossicodipendenze, ancora più che in altre branche della scienza in generale e più in particolare della medicina, si incardina nell'assunto: "abbiamo imparato dai nostri errori", come direbbe Popper.

Imparare dai propri errori significa praticare la palestra della modestia, della formazione e della auto-formazione continua, della costanza, della grinta, e direi anche della passione per il proprio impegno: tutto questo noi dei Servizi per le tossicodipendenze lo abbiamo fatto.

Siamo orgogliosi del nostro percorso di crescita e nessuno ci convincerà mai a metterlo da parte per abbracciare una verità assoluta.

Molti nomi costellano il nostro percorso e la nostra storia: Corrado Coradeschi, Mario Santi, Riccardo Bordoni, Michelangelo...

Insieme a loro abbiamo lavorato e abbiamo imparato.

Ricordo all'inizio un manifesto che diceva: solo con la comunità si può uscire dalla tossicodipendenza.

Ricordo gli estenuanti conflitti tra le varie figure professionali nei Ser.T.

Adesso siamo impegnati a costruire insieme il Dipartimento per le Dipendenze consapevoli che il problema delle droghe è

dilagato sul versante sociale; infatti la maggior parte di chi usa droghe lo fa in maniera sporadica; non crede, e probabilmente ha ragione, di avere un problema medico.

Si stima in 27 milioni di individui negli Stati Uniti il numero di persone che hanno usato cocaina alcune volte.

Di questi solo 2 milioni soddisfano i criteri del DSM IV per fare diagnosi di dipendenza e addiction.

Per questo motivo nel nostro settore più che in molti altri, è necessario sperimentare percorsi di alta integrazione tra il sociale e il sanitario.

In questo settore più che in ogni altro è necessario che il dottrinale scientifico di ogni singola professionalità sia espresso in alto grado per poter collaborare alla creazione di un sistema territoriale integrato il quale, con l'ausilio di tutte le tecnologie attualmente disponibili, si renda capace di incidere sulla rappresentazione sociale delle droghe, dell'uso di droghe, dei tossicodipendenti, delle cure.

È per tutti questi motivi, tra gli altri, che la nostra organizzazione, FeDerSerD, ha impegnato molte energie per promuovere una riflessione teorica e per contribuire nelle varie Regioni alla istituzione del sistema regionale dei Servizi per le dipendenze.

Il polimorfismo che si osserva nei vari territori sia nelle risorse del sistema dei servizi e del capitale sociale che nelle modalità di espressione della tossicodipendenza e dell'uso delle droghe ci induce a ritenere che le specificità di ciascun territorio debbano trovare la opportuna considerazione nelle modalità organizzative del Dipartimento per le dipendenze.

Rifiutiamo quindi che sia possibile e tanto meno utile andare a disegnare un riferimento teorico di Dipartimento per le dipendenze da proporre come modello per tutti i territori.

Per questo motivo nella esposizione che segue cercherò di porre l'attenzione su quelli che sono alcuni punti nodali che insieme a tanti colleghi di tante Regioni abbiamo incontrato dando il nostro contributo alle istituzioni per la realizzazione dei Dipartimenti per le dipendenze.

E cominciamo disegnando la cornice di riferimento dentro cui ci muoveremo.

Gli organismi e le strutture costitutive del Dipartimento delle Dipendenze sono: la Direzione, il Consiglio e i Gruppi di Progetto.

Sono 3 i punti nodali che disegnano la dimensione organizzativa e la capacità e possibilità di azione (in pratica anche la forza) del Dipartimento delle Dipendenze:

- i rapporti di potere tra le strutture del Dipartimento.
- Gli interlocutori nella contrattazione del budget.
- I rapporti tra Dipartimento e Distretto/i.

Gli organismi del Dipartimento delle Dipendenze possono essere così composti

Direzione

(Direttore - Vice Direttore - Segreteria).

* Direttore Ser.T. Pescara, direttivo nazionale FeDerSerD, responsabile sito www.federserd.it.

Comitato di Dipartimento

Consiglio (è una assemblea nominata o elettiva promossa per discutere, deliberare e dare pareri) ristretto (composizione esclusivamente aziendale).

Comitato (è una specie di gruppo promotore) allargato di programmazione (di consultazione).

Gruppi di Progetto (gruppi di lavoro)

Possono rappresentare il vero strumento di promozione della flessibilità degli interventi e tanto più lo saranno quanto più la loro individuazione sarà in grado di dimensionarsi in maniera trasversale comprendendo operatori di più Unità operative semplici della Azienda e di strutture della rete territoriale.

- Minori.
- Prevenzione.
- Terapie HIV.
- Terapie epatiti.
- Terapie sostitutive.
- Terapie e counselling psicologico.
- Comorbidità psichiatrica.
- Reinserimento.
- Valutazione.
- Formazione.
- Carcere.
- Progetti speciali intervento droghe legali.
- Immigrazione e tossicodipendenza.
- Prostituzione e tossicodipendenza.

I principali elementi organizzativi da prendere in considerazione sono:

- composizione.
- Nomina.
- Durata.
- Competenze.
- Regole di funzionamento.

Ci sono poi dei punti specifici da focalizzare con attenzione.

Chi contratta e gestisce il budget

- Centro di costo.
- Centro di responsabilità.

È la struttura che contratta la entità del budget (e quindi formalizza gli impegni operativi – quali e quantitativi – e gli strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi). Nel Dipartimento funzionale le singole unità operative semplici contrattano singolarmente con un organo sovraordinato (direzione aziendale, direzione del/i distretti).

Nel Dipartimento strutturale è la direzione del Dipartimento che contratta con la direzione aziendale.

Ambiti di autonomia e responsabilità delle Unità operative del Dipartimento.

Si tratta di decidere quale è il limite delle unità operative semplici nel ruolo di centro di responsabilità e quindi di contrattazione del budget all'interno del Dipartimento strutturale.

Rapporti tra Dipartimento e Distretto/i

Definizione dei ruoli e delle competenze.

Salvaguardare autonomia, originalità, specificità, competenze, i positivi rapporti nelle dinamiche interne e con la rete del territorio e nel contempo promuovere il cambiamento, lo sviluppo, una condivisione della epistemologia dell'intervento, la condivisione della gestione delle risorse.

La programmazione

Alla fine si esemplifica di solito con i tre modelli di Dipartimento che sono: strutturale, funzionale e misto.

Dipartimento strutturale (o gestionale)

– Il Direttore del Dipartimento (DD) ha funzioni di direzione e di coordinamento.

Il DD contratta con la direzione aziendale il budget e poi ricontratta con le singole Unità operative del Dipartimento una parte (quanto grande è a sua discrezione con un parere più o meno vincolante del Comitato di Dipartimento – dipende dalla forza che diamo a quest'ultimo nella programmazione delle attività) dello stesso (riservandosi una quota per la gestione del Dipartimento e per i progetti).

I distretti non hanno la possibilità di interferire con la programmazione o la gestione delle Unità operative.

– Il Comitato di Dipartimento: può essere un organismo debole e quindi solo consultivo, può assumere decisioni vincolanti per la programmazione del dipartimento.

In questo caso il ruolo dei DD è quello di promuovere, coordinare e dirigerne la realizzazione

Dipartimento tecnico funzionale

Le Unità operative del Dipartimento hanno un potere decisionale e discrezionale ampio.

Il DD svolge una funzione di coordinamento tecnico scientifico, non contratta il budget e non lo gestisce.

I Direttori delle Unità operative contrattano il budget con la direzione generale o con la direzione del distretto.

Quindi il distretto ha un potere programmatico e/o gestionale sulle Unità operative del Dipartimento per le dipendenze e il Comitato di Dipartimento coadiuva e suggerisce alla Direzione del Dipartimento gli indirizzi tecnico scientifici.

Dipartimento misto (o integrato)

Si potrebbe definire come un Dipartimento di **tipo strutturale** (e quindi centro di responsabilità) nei rapporti con il budget, la direzione generale aziendale e le Unità operative della ASL che afferiscono al Dipartimento per le dipendenze.

Si potrebbe definire come un dipartimento di **tipo funzionale** nei rapporti con le strutture dipartimentali non aziendali.

Il ruolo del DD nei rapporti con le strutture dipartimentali non aziendali si modula in rapporto al budget, agli assetti operativi e agli assetti organizzativi ai diversi livelli di autonomia, coordinamento e direzione.

Bisogna misurare e definire il livello di vincolo imposto alle strutture dipartimentali non aziendali per quanto riguarda il rispetto dei regolamenti, delle linee guida e della programmazione.

Il Comitato di Dipartimento ha un ruolo più o meno accentuato di programmazione e di decisione.

C'è molto spazio per integrare i percorsi della **Società della Salute** abbiamo già detto che ci sono una serie di punti che meritano una riflessione puntuale.

Il **primo punto** riguarda la organizzazione del Dipartimento: se debba essere di tipo funzionale, ovvero strutturale, oppure misto.

Molti operatori ritengono che un dipartimento di tipo funzionale sia preferibile in quanto ciò garantirebbe una maggiore autonomia e una maggiore libertà di gestione del proprio servizio.

Temono cioè difficoltose relazioni già in essere con altre strutture dell'azienda ASL che afferirebbero al Dipartimento per le dipendenze possano essere aggravati.

E per molti questo problema assume una veste prioritaria.

Pertanto riteniamo che nella organizzazione di un Dipartimento delle dipendenze questo punto debba essere attentamente considerato definendo con precisione quali sono gli ambiti di autonomia operativa di ciascun servizio.

Ma un dipartimento di tipo funzionale è come un vaso di coccio quando si trova ad interagire con le altre strutture della azienda ASL.

Un dipartimento di tipo funzionale è ugualmente forte con i vari membri del dipartimento, mentre è debole nella contrattazione con le strutture dotate di budget della azienda ASL.

Riteniamo pertanto che debba essere preferita la istituzione di un dipartimento per le dipendenze individuato oltre che come centro di costo anche come centro di responsabilità e quindi con la capacità di contrattare il proprio budget nell'ambito delle risorse disponibili dell'azienda sanitaria locale.

Quindi un dipartimento misto o integrato con all'interno una serie di regole di gestione delle risorse che garantisca per le singole strutture la possibilità di esprimere al meglio la propria autonomia operativa.

Da questa prima scelta ne discende una **seconda**: il direttore del Dipartimento per le dipendenze proprio in quanto responsabile di budget non può che essere un dipendente della azienda stessa.

Si trova nella migliore condizione per promuovere una gestione equilibrata delle risorse ed è scevro da possibili conflitti di interesse.

È nel comitato di programmazione del dipartimento che i vari soggetti che ad esso afferiscono, sia pubblici che privati, hanno la possibilità di svolgere un ruolo il più fattivo ed efficace possibile nel sistema di rete.

È all'interno del comitato di programmazione del dipartimento che deve trovare spazio e forza quello che andiamo a definire come il capitale sociale del territorio.

Veniamo ora (**terzo punto**) a parlare dei Ser.T.

Si sta assistendo in molte regioni ad operazioni che tendono ad una riduzione del loro numero e della loro forza all'interno delle strutture aziendali, ad una compressione del personale e quindi delle capacità operative, ad un declassamento complessivo del servizio a cui capo viene messo un dirigente di primo livello.

Le aziende ASL si trovano a fare i conti con una realtà economica molto difficile. Solo l'intervento del decisore politico può far sì che si amplii la disponibilità di budget per il sistema dei servizi e quindi per i dipartimenti delle dipendenze.

Non possiamo negarci quindi che una delle maggiori difficoltà che stiamo trovando in molte regioni per l'istituzione del sistema regionale dei servizi delle dipendenze è quello di disegnare i dipartimenti stessi cercando di tener conto dell'esistente.

A volte questo genera contraddizioni tra i postulati, che a questo punto si connotano come teoria, e le scelte che siamo costretti a fare per salvare l'esistente.

Un punto cruciale, troppo spesso poco considerato, è il rapporto tra numero e qualificazione dei professionisti, e tra numero e qualità delle prestazioni.

Se osserviamo gli ultimi dati del ministero della salute ci accorgiamo che nei Ser.T. il rapporto numerico medico/infermiere è quasi 1 a 1: questo è illogico, rappresenta uno spreco di risorse, impone una organizzazione delle attività che mortifica (come nel caso in esempio) entrambe le professionalità.

Rispetto al rapporto tra numero e qualità delle prestazioni tutti noi sappiamo che i servizi sono assolutamente insufficienti rispetto a bisogni del territorio sia considerando la domanda espressa che, soprattutto, la domanda inespressa, questa ultima ulteriormente ingigantita dalla insufficienza delle strutture e dalla loro complessiva offerta di servizi (quantitativi e qualitativi).

Tra voler fare i primi della classe, e quindi assistere pochi pazienti ma avere a disposizione per ciascuno un case mana-

ger, il counselling sociale, psicologico, educativo intensivi, ignorando la moltitudine che si lascia fuori dalla porta del servizio e tarare le proprie attività sulla sufficienza, anche sul 6 meno addirittura, pur di lasciare meno persone possibili sulla strada, io non ho dubbi: la mia scelta è quella di assistere quanti più pazienti è possibile.

Ma quale è il limite, quale è la misura del possibile, quando la prestazione diventa insufficiente, negativa, dannosa addirittura?

È questo un problema che rientra di diritto nel capitolo che è quello dell'etica del trattamento.

La prima volta che abbiamo parlato di etica nel nostro settore è, a mio ricordo, nel congresso in Abruzzo sull'etica del trattamento delle tossicodipendenze nel 1997.

È una necessità etica misurare le risorse disponibili in rapporto al carico assistenziale del Ser.T. e delle comunità.

La complessità che caratterizza la condizione tossicomana presuppone la necessità di svariati strumenti e modalità operative che ci consentano di comprenderla e definirla nella sua peculiarità.

Ogni persona che si rivolge al Servizio per chiedere assistenza è un "mondo a parte" e come tale pretende di essere accolto ed accompagnato nel suo processo di "guarigione".

Questo processo si sviluppa lungo un continuo che parte dalla comprensione delle problematiche di fondo per giungere infine alla definizione di un progetto di intervento che sia capace di dare delle risposte "sensate" lungo il percorso di cambiamento che si è andato ad innestare.

Il "tempo della comprensione" ed il "tempo della cura" in questo tipo di problematiche spesso si sovrappongono, si embricano e inevitabilmente portano ad un allungamento del tempo necessario per ogni persona con questo tipo di problematicità.

Chiunque si sia occupato di questo problema sa bene che "accompagnare" verso un cambiamento le persone in difficoltà presuppone la costruzione di una relazione terapeutica che deve adattarsi e plasmarsi alle diversissime situazioni che nel tempo si presentano per ogni singola persona.

In particolare la relazione che si instaura tra persona in difficoltà e il professionista di un Ser.T. dovrebbe rispondere ai bisogni affettivi di sperimentare le proprie capacità di espressione adulta all'interno di un rapporto "sicuro".

La costruzione di questo rapporto "sicuro" presuppone evidentemente professionalità ed impegno duraturo da parte di tutti i partecipanti al processo di cambiamento.

Recenti studi inoltre stanno sempre più confermando che le persone con problemi di addiction spesso non sono inquadrabili nelle categorie proposte da altre discipline come per esempio la psichiatria. I quadri clinici non sono completi, le sintomatologie sono più sfumate, i disturbi sono "sottosoglia" e quindi difficilmente diagnosticabili.

Quando parliamo di "diagnosi" ci riferiamo ad un processo di lunga durata che mette in gioco le abilità di tutti gli operatori (professionisti) di un Servizio.

Si può ben comprendere come sia indispensabile da parte di un Servizio fare delle scelte di campo fondamentali: assistere tutti comunque oppure dare prestazioni "sensate" ed un numero limitato di persone. È più giusto dare risposte all'urgenza o garantire una "base sicura" a pochi.

Se i professionisti di un Servizio non sono in grado di garantire a tutti prestazioni "sensate" chi deve intervenire perché questo non si verifichi?

Quanto pesa sulla stabilità di una equipe terapeutica la drammaticità di una tale decisione e che ricaduta vi è sulla funzionalità dell'organizzazione del Ser.T.?

Tutte queste riflessioni ci portano a considerare come la mancanza di disponibilità di un tempo minimo da dedicare a ciascun paziente, quantità di tempo diverso per ciascuno, com-

promette la possibilità di realizzare una procedura diagnostica corretta, un rapporto terapeutico efficace e stabile nel tempo, un monitoraggio dei cambiamenti del paziente.

A volte questa inefficienza ha come conseguenza, in rapporto a specifici bisogni psicologici del paziente, la determinazione di un rapporto con una valenza negativa, dannoso per il paziente, a volte conflittuale e/o contrappositivo, generatore di problematiche di pericolo all'interno della relazione.

Per tutto questo la definizione rigorosa e professionale di quella soglia di attenzione (tempo) minimo da dedicare al paziente e sotto cui non scendere mai *deve* essere considerata un obiettivo etico e primario nella organizzazione e nella gestione delle attività del Servizio (Vena).

Ed è a questo punto della mia riflessione che desidero richiamare alcune scelte regionali.

Nel recepimento regionale lombardo dell'accordo stato regioni sull'accreditamento, lì ove si tratta dei servizi multidisciplinari integrati si definisce il fabbisogno per ciascun paziente di infermieri, assistenti sanitari, educatori, assistenti sociali, ausiliari socio sanitari, e anche del personale amministrativo che, ricordiamo, svolge un ruolo assolutamente necessario ormai, quantizzati nella misura di... 21 minuti a settimana!

Con definizioni tanto limitanti si rischia di arrivare alla semplice ed esclusiva distribuzione automatica di farmaci sostitutivi.

Comunque, con queste decisioni, aumenta la responsabilità del rischio di un uso non terapeutico dei farmaci sostitutivi! Certo è che l'accreditamento dei servizi multidisciplinari integrati pone numerosi problemi di non facile soluzione.

Con il loro accreditamento si apre la strada alla nascita di strutture private che vanno ad erogare le terapie sostitutive.

E facile prevedere che, soprattutto in specifiche realtà, avranno una grande richiesta di prestazioni.

Sembra che i decisori politici non abbiano alcuna intenzione di ampliare la disponibilità economica, così come chiede il tavolo di alta integrazione composto da FeDerSerD, CNCA e FICT, per le prestazioni nelle strutture accreditate rispetto alla spesa storica, anzi in molte realtà si assiste ad una riduzione di questa somma.

Si sta assistendo a pressioni affinché per i servizi multidisciplinari integrati vengano definite delle tariffe basse, tali da non rendere possibile la loro attivazione.

La conseguenza di queste eventuali scelte sarà che non verranno sottratte ulteriori risorse alle strutture classiche, già attive sul territorio, ma anche che il territorio verrà privato della possibilità di ampliare il numero di pazienti assistiti.

A questo punto vi ricordo che alcuni studi hanno misurato in oltre quattro anni il tempo che intercorre tra il primo uso di eroina e la prima richiesta di aiuto rivolta ad un Ser.T. con tutte le conseguenze facilmente immaginabili.

Il mio pensiero è che noi dobbiamo avere attenzione, *prima di tutto*, ai pazienti e ai loro bisogni.

La definizione e la strutturazione (**quarto punto**) delle unità operative del Dipartimento delle dipendenze, cioè di quelle strutture che in concreto attuano le azioni di prevenzione, di diagnosi, di terapia, di accompagnamento, di riabilitazione, di reinserimento sociale dei pazienti rappresentano gli ambiti in cui riflettere le specificità del territorio.

E in un momento caratterizzato da tali ristrettezze economiche bisogna fare delle scelte in cui tutti gli attori del sistema siano capaci e abbiano quella carica etica necessaria per non anteporre agli interessi del sistema gli interessi del loro gruppo operativo.

Badate bene, io so che molte volte questo viene fatto perché ciascuno di noi tende a valorizzare, a vedere ipertrofizzato, in perfetta buona fede, quello che è l'argomento del suo impegno quotidiano.

La definizione e la strutturazione delle unità operative del dipartimento deve tener conto di una lettura oggettiva delle esigenze, sia di quelle espresse che di quelle inesprese, del territorio di riferimento.

A questo si arriva anche con l'impegno e la collaborazione dei nostri colleghi sociologi.

La filosofia guida dell'organizzazione deve essere quella della flessibilità.

È necessario che i nostri dipartimenti abbiano la capacità di leggere le esigenze del territorio e di costruire in tempi ragionevoli le opportune offerte di servizi.

Quanto appena detto ci introduce (**quinto punto**) al tema della tariffazione delle prestazioni.

Come abbiamo già visto il tema si presenta delicato, spinoso. Da un lato c'è la irragionevole ristrettezza economica che il decisore politico riserva a questo cruciale capitolo della sicurezza sociale.

Dall'altro ci sono spinte a promuovere tariffe meno basse in certi specifici settori, tra le cui numerose conseguenze c'è lo spostare l'attenzione e l'offerta di servizi in una direzione piuttosto che in un'altra.

Un gioco di potere che scavalca tutto: anche le evidenze scientifiche acquisite.

Quelle stesse evidenze scientifiche acquisite che una società come la nostra, come FeDerSerD, deve cercare di rimettere quanto più possibile al centro del dibattito.

Ecco, io penso che questa sia una delle nostre ragioni sociali. Ci stiamo attivando.

Ci sono singoli colleghi e gruppi al lavoro su questo argomento.

Io credo che FeDerSerD con i suoi convegni, la rivista Mission e del sito web giocherà un ruolo di primo piano su questo tema nel prossimo futuro.

Una corretta analisi dei costi delle nostre prestazioni è indispensabile per poter fare una valutazione costi/efficacia e costi/benefici e delle attività del sistema dei servizi.

Dobbiamo anche promuovere la riflessione, la chiarezza e la condivisione sulla definizione degli obiettivi dell'azione del sistema dei servizi e della loro quantificazione.

Quest'ultimo rappresenta un nodo cruciale perché più a rischio di una strumentalizzazione ideologica e di una pressione operata dalle rappresentazioni sociali delle droghe, della tossicodipendenza, delle cure e della prevenzione.

Prendiamo come esempio il malato di eroinismo.

Riteniamo che i risultati dei programmi terapeutici per questi malati possano tutti essere ricompresi nei seguenti:

- ritenzione in trattamento;
- riduzione/cessazione uso della droga primaria;
- riduzione/cessazione uso di altre droghe;
- reinserimento sociale;
- famiglia;
- lavoro;
- studio;
- relazione;
- riduzione/abolizione atti criminali commessi per procurarsi droga;
- riduzione/abolizione prostituzione realizzata per procurarsi droghe;
- riduzione/abolizione overdose;
- riduzione mortalità correlata all'uso di droghe
- riduzione/abolizione delle malattie trasmesse sessualmente, dell'HIV, dell'HBV, dell'HCV;
- riduzione/abolizione di altre patologie correlate alla droga
- riduzione/abolizione condizioni di disagio psichico;
- riduzione/abolizione della mancata cura della persona.

La capacità di raggiungere questi obiettivi in tutto o in parte dipende da molti fattori:

- livello di motivazione al cambiamento;
- "marginalità dura";
- preesistente attività criminale;
- stato socio economico basso;
- presenza di patologie psichiatriche correlate;
- mancanza di supporto sociale o familiare.

Capitoli importanti del dipartimento delle dipendenze debbono essere:

- Un ufficio di direzione del dipartimento con la dotazione minima necessaria per essere efficace.
- La attivazione di un sistema informativo per la gestione delle attività dei servizi e di tutto il dipartimento che abbia come caratteristiche prime la praticità e la efficacia.
- La strutturazione di percorsi seri di formazione, auto formazione e aggiornamento.
- La implementazione di un sistema di valutazione delle attività delle singole unità operative delle strutture afferenti al dipartimento e del dipartimento nel suo complesso.
- La implementazione di un sistema di monitoraggio e di valutazione degli esiti dei trattamenti e di tutti gli altri interventi posti in essere all'interno dell'azione del dipartimento stesso.

Per fare valutazione abbiamo bisogno di dati.

È necessario trovare il giusto equilibrio tra la quantità e qualità dei dati disponibili e la richiesta di produzione di dati da parte della struttura che eroga il servizio finalizzati esclusivamente alla valutazione.

In questo secondo caso i dati prodotti avranno un costo in termini di risorse destinate a questa produzione.

Risorse che saranno sottratte al compito proprio della erogazione del servizio. Inoltre se questi dati saranno sganciati dalla gestione delle attività del servizio saranno con maggiore difficoltà verificabili nella loro attendibilità e la motivazione degli operatori impegnati alla loro produzione sarà anch'essa di difficile gestione.

Peraltro è vero che una corretta e "agile" valutazione dei risultati avrà una ricaduta positiva sul servizio guidando un percorso di miglioramento continuo delle procedure e delle attività e permettendo di formalizzare il riconoscimento agli operatori dei risultati della attività svolta.

Per tutti questi motivi ci appare evidente che la implementazione di una azione di monitoraggio costante delle attività e di valutazione dei risultati conseguiti sia un elemento irrinunciabile per promuovere la qualità del servizio ed essa debba essere realizzata impegnando con intelligenza "le minori risorse possibili" da dedicare esclusivamente al fine di produrre i dati per la valutazione.

Riteniamo che non sia oramai eludibile un percorso che porti alla implementazione di un processo costante di valutazione delle attività dei servizi. Una valutazione che faccia da supporto allo sviluppo dei processi decisionali e che determini una sempre maggiore efficacia dei servizi stessi.

Anche per tale motivo è utile, necessario ed opportuno che nei servizi si attivino quegli strumenti informatici utili a produrre al minor costo possibile dati utili per la valutazione dei risultati dei trattamenti.

Ma il dipartimento non è solamente quella modalità organizzativa che permette la gestione diretta delle risorse che l'Azienda vorrà destinare alle dipendenze (**punto sei**).

È anche, e noi dobbiamo sostenerlo in questo e per questo, quello spazio dove valorizzare il Capitale Sociale ed implementare le tecniche dell'Open Source.

Se FeDerSerD si impegna a fare il punto sulla organizzazione non può o non deve soltanto definire le linee che essa promuove e condivide riguardo al dipartimento.

Ma deve essere capace di fare un salto avanti definendo, illustrando, e poi costruendone i meccanismi teorici che facciamo sì che il dipartimento sia il punto nodale della promozione e della fruizione del Capitale Sociale.

Mai nelle altre strutture aziendali si realizza un connubio così stretto tra la struttura sanitaria e le strutture del privato sociale. Dobbiamo studiare i percorsi per l'implementazione e la integrazione delle strutture del privato, e soprattutto di tutte le risorse del territorio, istituzionali e non, che sono quelle che fanno cultura e che hanno responsabilità amministrative e gestionali di tutto il territorio: quindi parlo dei comuni, delle province, degli scout, dei circoli sportivi, dei circoli ricreativi, delle palestre, delle parrocchie, dei locali da ballo, delle biblioteche etc.

Anche qui è necessario che le riflessioni teoriche sulla organizzazione partano da un minimo comune denominatore condiviso sulle conoscenze ormai acquisite dalla comunità scientifica per quanto riguarda le droghe, i meccanismi che generano la dipendenza, la natura della malattia dipendenza, le possibilità terapeutiche e soprattutto quell'ampio, enorme panorama che è quello dell'uso non problematico pure possibile e per alcuni molto vasto delle droghe, di tutte le droghe. È importante pensare ad offerte di servizio nei confronti di un "uso non problematico" che richiedono principalmente interventi di educazione e di prevenzione per ridurre ed incidere sul rischio che da questo uso non problematico si passi ad un uso problematico.

Dobbiamo essere attenti ad uscire, nella modalità di uso del linguaggio, da quelle che sono le preposizioni comunicative con cui i mass media veicolano le rappresentazioni sociali su questi tre temi: droga, tossicodipendenza e cura per implementare un linguaggio che sia più aderente alla natura e alle conoscenze scientifiche acquisite su questo problema, come spesso è rappresentato nelle relazioni dell'OEDT di Lisbona. Noi dobbiamo essere in grado di aprire la nostra riflessione alle più recenti analisi sui fenomeni sociali che possano contribuire a promuovere quella innovazione dei servizi e delle organizzazioni di cui tutti avvertono la necessità e di cui ne è riprova la diffusa e condivisa consapevolezza della obsolescenza del DM 444/90 e dei danni conseguenti alla mancata applicazione su quasi tutto il territorio nazionale dell'atto di intesa Stato Regioni sull'accreditamento.

Da meno di 10 anni si cerca di delineare la natura e le implicazioni correlate al concetto di "Capitale Sociale".

Il capitale sociale è il prodotto di una dimensione relazionale cooperativa (a differenza del capitale economico o del capitale umano) e si sostanzia in quegli aspetti dell'organizzazione sociale (p. es. i livelli di mutuo aiuto, la fiducia interpersonale, la reciprocità, l'appartenenza ad organizzazioni di volontariato, la partecipazione civica) che possono essere individuati come risorse e facilitazioni per l'azione collettiva. Il capitale sociale ha quindi una dimensione collettiva e non si esprime come una caratteristica individuale.

Inoltre il capitale sociale è strettamente legato alla nozione di coesione sociale (mancanza di conflitto ed esistenza di legami e fiducia tra i membri di una comunità/società) e in quanto tale ha legami che si possono percepire molto stretti con le "rappresentazioni sociali" e che debbono essere ancora approfonditi.

Le due dimensioni fondanti del capitale sociale sono:

- quella formale (strutturale, definita dalla quantità e qualità dei legami sociali);
- quella sostanziale (che riguarda il contenuto della relazione, dove la cooperazione è legata alla percezione dei sentimenti che animano questi legami: fiducia, reciprocità).

Queste due dimensioni del capitale sociale si declinano a diversi livelli nell'organizzazione sociale:

- un livello di base che si interessa delle reti di relazioni tra le persone;
- un livello intermedio che si colloca nell'appartenenza ad un associazionismo organizzato;
- un livello alto che si occupa dei fenomeni normativi e cerca di identificare gli elementi culturali comuni e condivisi.

La teoria del capitale sociale è già stata applicata in sanità.

Nel settore della prevenzione degli usi e degli usi problematici delle droghe e nel settore della cura delle tossicodipendenze e dei comportamenti di abuso esso può ricoprire un ruolo di rilievo affermandosi come uno dei principali determinanti sociali in grado di influenzare lo stato di salute di una popolazione.

Esiste una relazione tra capitale sociale e diversi outcome di salute passando dalla mortalità all'autovalutazione dello stato di salute in funzione dell'organizzazione dei servizi.

Di questa relazione dobbiamo tenere conto nella definizione concettuale degli obiettivi dei nostri interventi e nella costruzione delle conseguenti procedure di organizzazione delle nostre strutture e di valutazione della nostra azione.

Dobbiamo dare una puntuale considerazione al contributo che alla formazione del capitale sociale hanno dato le associazioni formali ed informali nel quadro della formazione e sviluppo delle politiche locali sulle dipendenze.

Questo rappresenta un sicuro punto di interesse nel quadro di un'integrazione degli interventi in questo settore che veda integrare il momento della prevenzione primaria, della riduzione del danno, della terapia e della riabilitazione, del reinserimento. In questo, come suggeriscono i ricercatori empirici del capitale sociale, l'indicatore della ricchezza del capitale sociale è costituito dalla diffusione sul territorio del fenomeno associativo di cui deve farsi espressione la ricchezza strutturale del Dipartimento per le dipendenze che andiamo a definire.

Riassumiamo a questo punto gli elementi fondamentali di cui deve tener conto la organizzazione complessiva del dipartimento.

Avere come riferimento le conoscenze scientifiche ormai acquisite (che non richiedono più sperimentazione) nel settore delle droghe, della tossicodipendenza, delle cure e della prevenzione.

Avere chiaro quali sono le risorse economiche, di strutture e del capitale sociale realizzato dalla interrelazione di tutti gli agenti nel corso di 20 anni.

Individuare e definire al meglio questo capitale perché esso costituisce il capitale fondante del dipartimento.

Considerare che tale capitale non è omogeneo su tutto il territorio nazionale e quindi analizzare le disomogeneità, promuovere un allineamento e soprattutto promuovere un incentivo a che gli investimenti nel settore siano convenienti.

Esplosione i concetti di costi/efficacia e costi/benefici affinché tutte le strutture: privato sociale, Servizi, e soprattutto società scientifiche, mantengano sempre all'attenzione del decisore politico e in primo piano, per quanto possibile riguardo all'opinione pubblica insieme alle conoscenze scientifiche già acquisite, i motivi per cui è conveniente anche dal punto di vista economico investire nel settore delle dipendenze per ridurre i costi complessivi derivati alla società dalla droga.

Valorizzare il dato che vede una diffusione delle droghe che è a pelle di leopardo sul territorio nazionale.

Le necessità assistenziali e le necessità educative e preventive in territori come Rimini e Potenza sono sicuramente così tanto diversi che richiedono strutture diverse.

È necessario che nella definizione di una organizzazione di intervento o di un dipartimento si tenga conto di tali diversità e si realizzi il quadro di una struttura dipartimentale che possa essere modulata per quanto riguarda le offerte di servi-

zi, il che significa spazi, luoghi, strumenti operativi e qualificazione del personale molto diversi.

Valorizzare a questo punto i concetti relativi al fatto che più che spostare risorse a destra o a manca bisogna chiedere di investire più risorse nel settore.

Costruire una organizzazione che sia capace di evitare o di risolvere in maniera efficace e tempestiva quelle condizioni di conflittualità interna come spesso accade di vedere e che sono di grande ostacolo per la efficacia dell'intervento.

Interrogarsi, se in mancanza di investimenti da parte della struttura pubblica, non sia più etico aprire lo spazio ad un privato che tolga più pazienti dalla strada invece che arroccarsi a difesa di un monopolio esclusivamente pubblico per questa assistenza con la conseguenza di un minor numero di pazienti in cura.

Le attività di un dipartimento così strutturato sono numerose con molte interrelazioni l'una con molte delle altre, esse riguardano una grande categoria di utenti, una utenza polimorfa che richiede interventi diversificati, addirittura personalizzati singolarmente.

Una utenza che per quanto riguarda i bisogni terapeutici, cioè l'utenza malata, è una utenza cronica con tutte le problematiche di gestione dei trattamenti cronici.

Il dipartimento quindi va ad organizzare molte professionalità diverse, numerosi operatori che rispondono a strutture diverse, che spesso hanno mission anche diverse pur se complementari.

Per fare tutto questo e fare in modo che tutto questo dia i migliori risultati è necessario incrementare uno strumento per la gestione delle attività che riesca a facilitare il lavoro all'interno di una struttura così complessa.

Uno strumento che per sua natura non può che essere molto articolato perché non va a gestire attività caratterizzate da procedure rigide e facilmente standardizzabili, come possono essere quelle per la gestione ottimale di un laboratorio di analisi chimico-cliniche, ma perché si configura come uno strumento operativo che supporta una attività che ha come ragione sociale la dimensione più propriamente umana.

E se tutto questo è vero per le attività e gli interventi di cura, ancora più vero lo è per le attività di prevenzione.

Questo perché quando noi andiamo a pensare alle azioni di prevenzione e di educazione ci addentriamo in un campo ancora molto più polimorfo ed in cui interagiscono con intensità realtà diverse.

Le varie strutture realizzano una attività, quella della prevenzione e dell'educazione, che richiede ancora la definizione concettuale, la validazione di strumenti, la predisposizione di opportune condizioni di verifica e valutazione di costi/efficacia e costi/benefici.

Tutto questo deve essere costruito in un percorso di miglioramento continuo visto che non abbiamo ancora le macchine miracolose, perché la struttura che noi andiamo a realizzare per l'assistenza alla cura e alla prevenzione all'educazione alle dipendenze sia capace di autoalimentarsi in un miglioramento autoformativo continuo. ✍

NOTIZIE IN BREVE

Clorinda Minerva ci ha lasciato.

Medico, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Sondrio, sapeva unire al rigore intellettuale la capacità di ascolto e di intervento. Vogliamo ricordare il suo impegno nelle istituzioni come amministratore pubblico e nello sforzo associativo in FeDerSerD e prima nelle varie fasi dell'associazionismo degli operatori.

Un saluto particolare ai familiari e ai colleghi dei servizi territoriali della ASL di Sondrio.

Il ruolo del collaboratore professionale sanitario nel trattamento degli stati di dipendenza patologica da sostanze stupefacenti - Roma 29 settembre 2004 ore 8.30-18.30

Sede corso:

Centro Italiano di Solidarietà di Roma, Via Appia Nuova, 1251 - Roma
Tel. 067188743

Target: N. 90 Infermieri Professionali

Comitato scientifico ed organizzatore:
FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - Regione Lazio

Segreteria organizzativa
Expo Point - Tel. 031748814
federserd@expopoint.it

Sponsor tecnico: Essex Italia

Programma del corso:

Apertura e Presentazione
dott. **Claudio Leonardi**

Fondamenti di farmacoterapia clinica applicati alla funzione infermieristica
dott. **Claudio Leonardi**

Servizio IVA compresa! La professionalità dell'infermiere nel servizio della patologia delle dipendenze tra controllo e relazione d'aiuto nell'ottica dell'integrazione interprofessionale
I.P. **Elvira Giorcelli**

Intervallo

Uno strumento d'integrazione multidisciplinare: La cartella Infermieristica
I.P. **Elisabetta Fredda**

La gestione informatica di un servizio per le tossicodipendenze
I.P. **Paolo Laurenzi**

Confronto/Dibattito

Lunch

Attività di gruppo con infermieri professionali agevolatori su:

"La diagnosi infermieristica nella pratica professionale di un servizio per le dipendenze patologiche"

Compilazione questionari ECM e chiusura dei lavori

L'integrazione nei trattamenti nelle dipendenze patologiche
Messina - Europa Palace Hotel,
lunedì 4 ottobre 2004,
ore 9.00-18.30

Programma del corso:

Apertura e presentazione
Alessandro Coacci

Moderatori: *Nicola Longobardo e Giorgio Serio*

Addiction: aspetti genetici, biologici e socio-ambientali alla base degli interventi terapeutici integrati
Gilberto Gerra

La gestione multidisciplinare del trattamento con buprenorfina
Claudio Leonardi

(Coffee break)

Discussione di due casi clinici
Michele Ferdico

Confronto/dibattito

Facilitatori: **Maurizio D'Orsi e Caterina Cortese**

(Lunch)

Moderatori: *Alfio Lucchini e Salvatore Mazara*

L'organizzazione regionale dei Ser.T.
Guido Faillace

Organizzazione dei dipartimenti per le dipendenze: modelli a confronto
Norberto Pentiricci

La politica del welfare e le tossicodipendenze
Antonio d'Amore

Confronto/dibattito

Facilitatori: **Fabio Brogna e Fernanda Magnelli**

Compilazione questionari ECM

Chiusura dei lavori

Comitato Scientifico e Organizzatore
FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, www.federserd.it
Segreteria Organizzativa FeDerSerD
Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi - Mariano Comense - Co
www.expopoint.it, federserd@expopoint.it

Comunicato stampa di FeDerSerD

Viste le modifiche proposte dal Vicepresidente del Consiglio Gianfranco Fini in merito alla revisione del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990 n. 309, la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze in un'ottica esclusivamente scientifica al di fuori di ogni condizionamento politico, **rileva:**

che nel testo la realtà costituita dai servizi pubblici italiani viene sottovalutata e che questo appare ingiusto e sbagliato.

Ingiusto, perché non riconosce che quanto a tutt'oggi è stato fatto nel contrasto alle patologie da dipendenza si deve quasi esclusivamente all'attività da essi svolta.

Sbagliato, perché anche in questa disciplina il servizio pubblico deve continuare ad essere presente al massimo delle sue riconosciute potenzialità professionali, tecniche e scientifiche, costituendo un punto irrinunciabile di riferimento per i pazienti, le loro famiglie e per tutti i professionisti del settore.

Mortificare questa sua funzione presenta inoltre il pericolo di produrre pericolose contrapposizioni con il privato sociale, compromettendo, in questo modo, gli sforzi attualmente in atto volti a costruire un modello operativo basato sulla loro integrazione, a vantaggio dell'efficacia dell'intervento.

Il Presidente
Dr. Alessandro Coacci

Firenze, 7 maggio 2004. Assise del Cartello Nazionale "Non incarcerate il nostro crescere"

NOTIZIE IN BREVE

Incontro FeDerSerD - ACUDIPA

Bari, 26 giugno 2004

Durante i lavori del congresso interregionale FeDerSerD di Bari sabato 26 giugno si sono incontrate le delegazioni nazionali di FeDerSerD e di ACUDIPA (Associazione per la Cura delle Dipendenze Patologiche).

L'incontro, ha permesso ai presidenti Alessandro Coacci e Giuseppe Mammana di illustrare la realtà delle due associazioni, e soffermarsi sulla criticità dello stato dei servizi pubblici e sulla necessità di rilanciare l'intervento clinico e riabilitativo.

Lo iato tra i compiti sempre più rilevanti previsti per i servizi e gli strumenti a disposizione deve essere colmato.

Così serve un serio impegno delle istituzioni insieme alle associazioni degli operatori per la valorizzazione della professionalità e dei percorsi formativi dei professionisti del settore.

Ampia l'analisi sulla insufficienza della programmazione centrale e sulla eccessiva disomogeneità dell'intervento regionale; problematico il giudizio sulla proposta di revisione legislativa recentemente depositata dal Governo, nata da insufficienti consultazioni del settore, ed a prima vista carente in risorse e scenari di sviluppo operativo.

Comune il giudizio sulla necessaria collaborazione senza forzature organizzative con il settore della psichiatria, e sulla centralità della alleanza pubblico-privato nel campo delle dipendenze patologiche.

Le due organizzazioni, senza negare le diversità in percorsi e sensibilità operative, si sono raccordate sui calendari congressuali ed ipotizzano alcuni temi di interesse comune da sviluppare nel prossimo futuro.

Lo Statuto di FeDerSerD dispone con l'art. 13 che "Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD è eletto a scrutinio segreto dall'assemblea dei soci, dura in carica 3 anni e i membri possono essere rieletti."

Nella riunione del Direttivo Nazionale di FeDerSerD del 24 marzo 2004 è stato dato incarico all'Ufficio di Presidenza, composto da Coacci, D'Egidio, D'Orsi, Fea, Faillace, Grande, Lucchini, di definire le norme e le procedure per lo svolgimento della elezione del Direttivo Nazionale.

È stato deciso che le elezioni per il rinnovo del Direttivo Nazionale si terranno durante il Congresso Nazionale che si svolgerà a Firenze dal 17 al 20 ottobre.

Il lavoro dell'Ufficio di Presidenza è stato sottoposto alla attenzione del Direttivo Nazionale il 25 giugno a Bari per la discussione e la approvazione. Le norme e le procedure per lo svolgimento della elezione del Direttivo Nazionale vengono pubblicate sulla rivista Mission, sul sito www.federserd.it e viene data comunicazione scritta a tutti i soci in regola con le iscrizioni.

Norme e procedure per il rinnovo dei componenti del Direttivo Nazionale di FeDerSerD Congresso Nazionale di Firenze - 17-20 ottobre 2004

AVENTI DIRITTO

Gli aventi diritto alla candidatura per la elezione al Direttivo Nazionale di FeDerSerD sono tutti i soci in regola con le iscrizioni per l'anno 2004.

Gli aventi diritto al voto per la elezione del Direttivo Nazionale di FeDerSerD sono tutti i soci in regola con la iscrizione per l'anno 2004.

Si intendono come soci regolarmente iscritti per l'anno 2004 tutti i soci che hanno regolarmente effettuato la prima iscrizione a far data dal 1.10.2003 e la cui iscrizione è stata ratificata dal Direttivo e quelli che hanno rinnovato la iscrizione nel corso dell'anno 2004 fino alle ore 16 del 19.10.2004.

DELEGHE

Come previsto dallo Statuto di FeDerSerD ciascun socio ha diritto a svolgere il diritto di voto per delega per un massimo di 5 iscritti.

PRESENTAZIONE DELLE LISTE

50 soci in regola con le iscrizioni possono presentare una lista di candidati per la elezione. Ciascun socio può presentare una sola lista. Nel caso in cui un socio risulta essere socio presentatore di più di una lista le liste presentate dopo la prima saranno escluse.

La regolarità della presentazione delle liste e la verifica delle liste aventi diritto sarà compito insindacabile del Comitato Elettorale.

La data di scadenza per la presentazione delle liste candidate è fissata alle ore 12.00 del 30 settembre 2004 così come risultante dall'Ufficio Postale Accettante.

La lista, firmata dai 50 soci presentanti, secondo il modello predefinito che verrà pubblicato sul sito www.federserd.it e che fa parte integrante del presente verbale deve essere assicurata e indirizzata all'attenzione di

"Segreteria organizzativa FeDerSerD - att. signora Elena Monti, Expopoint, Via G. Matteotti, n. 3 - 22066 Mariano Comense"

MODALITÀ DI DEFINIZIONE DELLA LISTA

- La lista verrà contrassegnata con una lettera in rapporto all'ordine di arrivo.
- La lista deve perentoriamente essere composta da 20 soci aventi diritto.

Non sono ammesse liste con un numero inferiore o superiore di nomi.

- I candidati presenti in lista debbono svolgere la loro attività lavorativa principale in almeno 15 regioni o Province Autonome a garanzia della rappresentatività nazionale della lista.
- Non possono essere presenti in lista più di due candidati per una singola regione.
- Non è ammesso che uno stesso candidato sia presente in più liste.

Nel caso ove questo accadesse la lista presentata successivamente alla prima verrà esclusa.

MODALITÀ DI VOTAZIONE

- Ciascun socio potrà scegliere di votare una sola delle liste candidate e potrà essere delegato alla votazione da un numero massimo di 5 soci.
- Si vota dalle ore 09.00 del 18.10.2004 alle ore 16.00 del 19.10.2004.

COMITATO ELETTORALE

Il comitato elettorale risulta così composto:

- Dott. Edoardo Cozzolino*
Dott. Franco Santangelo
Dott. Pino Vena

Dott. Enrico Nocera
Dott. Ferdinando Cesarini

COMPITI DEL COMITATO ELETTORALE

- verificare e verbalizzare la regolarità della presentazione delle liste candidate;
- verificare e verbalizzare la regolarità della composizione delle liste candidate;
- dare mandato agli organi della FeDerSerD di portare a conoscenza dei soci con il sito www.federserd.it della composizione delle liste candidate ed ammesse entro il 10.10.04;
- predisporre le schede elettorali;
- disciplinare la modalità di votazione e verificarne la regolarità;
- procedere allo sfoglio delle schede votate;
- verbalizzare il risultato e formalizzare alla assemblea nazionale dei soci di FeDerSerD, convocate per le ore 18.00 del 19.10.2004;
- provvedere alla risoluzione di eventuali controversie riguardo alla regolarità delle iscrizioni.

Il nuovo Direttivo si insedierà non appena il risultato della votazione sarà stato ratificato dalla Assemblea Nazionale.

CONVOCAZIONE

Martedì 19 ottobre 2004, alle ore 18.00, presso il Palazzo dei Congressi di Firenze, è convocata l'Assemblea generale di FeDerSerD

Ordine del giorno:

- **Relazione del Presidente per la gestione dicembre 2001-ottobre 2004**
- **Modifiche statutarie**
- **Relazione del Comitato Elettorale**
- **Proclamazione eletti per il Direttivo nazionale FeDerSerD novembre 2004-ottobre 2007**

Possono partecipare all'Assemblea tutti gli iscritti a FeDerSerD entro il 19 ottobre 2004 alle ore 16.00.

Le votazioni per la elezione del Direttivo Nazionale avverranno, sulla scorta del Regolamento allegato alla presente comunicazione, dalle ore 09.00 alle ore 18.30 del 18 ottobre e dalle ore 09.00 alle ore 16.00 del 19 ottobre, presso la sede congressuale.

A questo fascicolo di MISSION è allegato il programma definitivo del II CONGRESSO NAZIONALE A PARTECIPAZIONE INTERNAZIONALE FeDerSerD

LE RADICI DELL'INNOVAZIONE
DIPENDENZE - CONSUMI - RESPONSABILITÀ SOCIALI
FIRENZE - PALAZZO DEI CONGRESSI
17-20 OTTOBRE 2004

Direttivo e Assemblea nazionale di FeDerSerD Bari, 25 giugno 2004

Alle ore 18 del giorno 25 giugno 2004, in Bari presso l'Hotel Majesty, si è riunito il **Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD**.

All'unanimità è stato approvato, illustrato da Luciana Bacci, il bilancio consuntivo 2003, dopo l'esame del Collegio dei revisori dei conti, che vede un andamento economico positivo per la Federazione.

Sempre all'unanimità è stato approvato il bilancio preventivo 2004. Approvata la variazione della sede legale, ubicata sempre in Grosseto.

A stragrande maggioranza approvata la relazione di Maurizio Fea sulla posizione di FeDerSerD all'interno della Consulta delle Società Scientifiche e Professionali. Lealmente la Federazione, socio fondatore della Consulta, nell'esclusivo interesse degli operatori del settore, parteciperà allo sviluppo delle iniziative della Consulta valutando la significatività e ricaduta delle stesse.

Approvato all'unanimità, dopo ampia relazione di Alfio Lucchini, il programma avanzato del Congresso di Firenze, la mission sia generale che delle sessioni congressuali, i compiti organizzativi congressuali, lo step economico del congresso.

Ampia e articolata la discussione sul regolamento elettorale per il Congresso di Firenze.

I relatori Pietro D'Egidio, Maurizio D'Orsi e Alfio Lucchini hanno illustrato la costruzione del regolamento. I vari articoli sono stati approvati o unanimemente o a stragrande maggioranza.

Unanime la nomina dei componenti del comitato elettorale.

Convocata l'Assemblea nazionale di Firenze.

(Si rimanda a questo numero di Mission per la lettura di questi documenti).

Su proposta di Alfio Lucchini approvata la adesione alla FISM e la delega ad EXPOPOINT di predisporre la documentazione per rispondere ai requisiti del decreto sulle società scientifiche recentemente emanato.

Approvato, su proposta di Alessandro Coacci, un maggior raccordo tra tesoreria e segreteria organizzativa per gli adempimenti congressuali e la conclusione del tesseramento 2004.

Delegata EXPOPOINT a seguire gli aspetti del tesseramento.

Nominata la delegazione (Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Guido Faillace) per l'incontro ufficiale del 6 luglio con il direttore del Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga Nicola Carlesi.

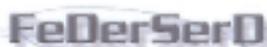
Il Presidente Alessandro Coacci in chiusura dei lavori legge una lettera del Prefetto Pietro Soggiu sulla costruttività e vicinanza umana della collaborazione di questi anni con FeDerSerD. Il direttivo invia al Prefetto Soggiu i migliori auguri per una presenza sempre significativa nei nuovi compiti assegnati.

Infine viene illustrata l'iniziativa che la Federazione celebrerà in Toscana il 13 luglio con autorità nazionali e regionali ed amici di FeDerSerD, anche a suggello del raggiungimento del millesimo iscritto alla Federazione.

La seduta si conclude alle ore 22.

Alle ore 22 del giorno 25 giugno 2004, in Bari, sempre presso l'Hotel Majesty, si è riunita l'**Assemblea nazionale dei Soci**, che all'unanimità ha approvato il bilancio consuntivo 2003, il bilancio preventivo 2004 e ha ratificato il regolamento elettorale per il congresso nazionale di Firenze.

Alle ore 23 la seduta è tolta.



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,
Eduardo Polidori, Giorgio Rebolini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

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

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

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

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 311883 intestato a FeDerSerD presso Credito Cooperativo di Grosseto - Banca della Maremma - Agenzia n. 1 di Grosseto - Via Unione Sovietica 42 - 58100 Grosseto ABI 8636 CAB 14301
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

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

ANNO 2004 - 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 ____ / ____ /2004 Firma _____	
Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)	
Estremi ricevuta versamento _____	
Parere del Segretario Esecutivo <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Sfavorevole Firma _____	
Visto per approvazione: Il Presidente _____	