

Il Secondo Congresso Nazionale a partecipazione Internazionale di FeDerSerD "Le radici dell'innovazione. Dipendenze, consumi, responsabilità sociali" - Firenze, 17-20 ottobre 2004 1

DOCUMENTI

Osservazioni sulla revisione del DPR 309/90. Proposte di FeDerSerD per un dibattito aperto 17
La prevenzione: principi generali e linee guida del NIDA a cura di Pietro Fausto D'Egidio 27

DALLE REGIONI

Alcol e canne, che sballo!! Ma ne vale la pena? 21
Il Progetto TriesteCampania. Diario di un'utopia allo specchio 23
Conferenza per un progetto delle Regioni sulle dipendenze. Bologna, 7-8 febbraio 2005 41

NOTIZIE IN BREVE

La scomparsa di Carlo Valenzi 22
Comune di Milano. Linea verde droga 41
Incontro nazionale FeDerSerD-CNCA 48
Audizione parlamentare di FeDerSerD sul riordino della medicina penitenziaria 56

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Il GHB nel trattamento farmacologico di prevenzione della ricaduta in alcolodipendenti medio-gravi E. Manzato, M. Faccini, C. Biasin, G. Citelli, E. Regagliolo, A. Zonin 42

FeDerSerD/FORMAZIONE

La Scuolina. Parole Stupefacenti (Faenza, 8-10 marzo 2005) 48
Il ruolo dei Servizi Territoriali delle Dipendenze (Milano, 17-18 marzo 2005) 48
Psicopatologia delle dipendenze (Torino, 28-29 aprile 2005) 48

ORGANIZZAZIONE

Assemblea nazionale e Direttivo nazionale di FeDerSerD (Firenze, 19 ottobre 2004) 49
Direttivo nazionale di FeDerSerD (Montecatini, 9 novembre 2004) 50
Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD (Roma, 28 dicembre 2004) 51

RECENSIONI

Francesco Giglio, Liberi dall'altro 54

Mission

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



Le radici dell'innovazione. Dipendenze, consumi, responsabilità sociali

I lavori congressuali, le 18 sessioni, saranno resi disponibili ai professionisti italiani in parte con volumi di atti in parte in dvd, con il contenuto di tutte le relazioni. Vengono qui riportate le fasi salienti istituzionali del Congresso, e in particolare la sintesi della seduta inaugurale in Palazzo Vecchio e della prima sessione di apertura al Palazzo dei Congressi di Firenze.

Il saluto di apertura nella Sala dei Cinquecento di Palazzo Vecchio del presidente di FeDerSerD Alessandro Coacci

È con grande piacere che a nome del Direttivo Nazionale di FeDerSerD, e mio personale, vi rivolgo il più caloroso saluto di benvenuto in questo luogo carico di arte e di storia, nel quale, con la seduta di oggi, apriamo i lavori del secondo Congresso Nazionale della nostra federazione. Un particolare ringraziamento, a nome di tutti i partecipanti, lo voglio rivolgere alla professoressa Rita Levi Montalcini, Premio Nobel e scienziato di fama mondiale, che ha voluto impegnare la propria autorevole immagine per la causa che stiamo soste-



Mission

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

FrancoAngeli

ANNO III, 2004 - N. 12

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, 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, Gianna Sacchini, 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 20 gennaio 2005

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.000 copie



nendo, accettando la carica di Presidente Onorario di FeDerSerD fin dal nostro Primo Congresso che si è svolto a Cernobbio nel 2002.

Ringrazio, inoltre, tutte le Autorità presenti, tra le quali l'onorevole Rosy Bindi, che ci onora della sua presenza, a testimonianza della propria sensibilità verso il settore delle dipendenze; ed il collega Federico Gelli, presidente della quarta Commissione Sanità della Regione Toscana, che ha fattivamente contribuito alla buona riuscita di questa nostra iniziativa.

Nei due anni che sono trascorsi dal Primo Congresso Nazionale, le problematiche delle dipendenze in Italia e nel mondo si sono sensibilmente modificate in molti dei loro aspetti senza che contemporaneamente ci siano state occasioni di confronto e dibattiti a così alto livello.

Questo fa sì che il Congresso di oggi, che ha per tema "Le radici dell'innovazione", rappresenti la migliore opportunità di riflessione sull'efficacia delle iniziative finora avviate e sulle prospettive di impegno futuro.

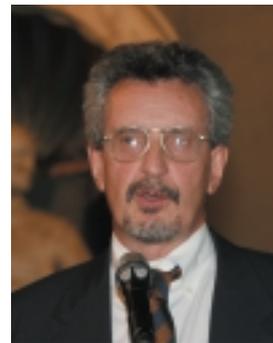
L'obiettivo che ci proponiamo è irrinunciabile, se si vuole svolgere una funzione dinamica e propositiva, ed è allo stesso tempo ambizioso.

Ma esprimiamo tutta la nostra fiducia sui risultati del nostro lavoro, poiché nei prossimi giorni sarà impegnato in questa nostra iniziativa, quanto di meglio ha prodotto la ricerca scientifica e l'esperienza operativa compiute da sempre nel nostro Paese.

Sono oltre mille gli operatori iscritti al Congresso e ben 150 i professionisti del settore, fra relatori e moderatori, che porteranno il loro contributo al Congresso, intervenendo nell'ambito delle 18 sessioni previste dal programma, dove verranno affrontati i temi principali che attualmente ci appassionano, e contemporaneamente ci preoccupano, sia quelli presenti da tempo e non ancora risolti, sia quelli di più recente espressione. Do ufficialmente inizio ai lavori del secondo Congresso Nazionale della nostra federazione.

Maurizio Fea, presentando Edoardo Boncinelli, fisico, biologo molecolare, genetista, epistemologo e filosofo, sottolinea che la necessità di sintesi fra le dimensioni biologiche e culturali molto interessa il settore delle dipendenze.

"Infatti noi dobbiamo far fronte ad una quantità di predatori culturali che ci aggrediscono da tutte le parti e per i quali noi come individui biologici non siamo attrezzati. La nostra evoluzione ci ha condotto alla incapacità di resistere a questo tipo di predatori e proprio per questo Boncinelli ci porterà delle osservazioni illuminanti dall'alto della sua capacità di fare sintesi e di essere non solo un uomo di scienza ma un uomo di cultura in questo tema che mette d'accordo l'uomo e la natura."



Prolusione di Edoardo Boncinelli "Mente, cervello e dipendenze"

L'umanità ha fatto tanti e tali progressi nelle conoscenze, nelle realizzazioni tecniche, nelle arti e negli ordinamenti sociali che ci si è progressivamente convinti che gli uomini siano cambiati "dentro" e che si siano incamminati su una lenta ma sicura via di progresso - sociale, civile e spirituale.

Le cose non stanno, ahinoi, in questi termini.

I cambiamenti, innegabili e strepitosi, sono avvenuti tutti sul piano del collettivo umano e delle sue realizzazioni, materiali e culturali, ma il singolo ne è rimasto immune.

La natura dell'uomo è tale che i mutamenti anche più vistosi che lo interessano non passano direttamente ai suoi figli, nel senso che questi nascono diversi dai genitori e possiedono conoscenze e abitudini diverse. I bambini nascono tali e quali da almeno centomila anni, anche se appena nati si trovano immersi in



una particolare atmosfera culturale e sociale alla quale più o meno prontamente si adeguano e che ne fa, quando tutto va bene, delle persone civili, colte e progredite.

Ad ogni generazione si assiste al "miracolo programmato" di teneri cuccioli di uomo che nascono rustici e ferini e che divengono esseri umani civilizzati. Ma la civiltà non si interiorizza e quindi non si trasmette biologicamente, bensì solo culturalmente attraverso la collettività.

Che importanza può avere che le cose stiano come ho detto e non come comunemente si ritiene, se il risultato finale è lo stesso?

Il risultato finale è mediamente e generalmente lo stesso, ma ogni giorno osserviamo alcuni effetti "inaspettati" di questo stato di cose.

Le conoscenze si tramandano e si distribuiscono molto bene a livello sociale. Può succedere che a qualcuno tali conoscenze non interessino o che questi non arrivi a possederle e maneggiarle, ma ciò non costituisce un dramma.

Sono invece le indoli e gli atteggiamenti che sono molto più difficili da diffondere e imporre.

Una società civile e laboriosa non è fatta di tutti individui civili e laboriosi.

E qualche volta anche persone civilissime si trasformano in elementi incontrollabili o addirittura in belve spietate.

E ciò in tutti i luoghi e in tutti i tempi.

Per moltissimi aspetti le nostre società si comportano come società civili e progredite, ma non si tratta di un carattere stabile e definitivamente acquisito.

Basta poco perché gli uomini mostrino la loro vera natura.

Basta l'allentarsi del controllo sociale o, al contrario, la pressione di un contesto sociale o microsociale che favorisca l'indifferenza per le sofferenze degli altri, che non alimenti la pietas umana o inciti addirittura alla ferocia, e sembra di essere ritornati all'età della pietra e alle sue efferatezze.

Il secolo XX ci ha dato numerosi tragici esempi di situazioni del genere e non sembra che il XXI si avvii a essere da meno. Ci comportiamo bene fintanto che è presente e operante uno stretto controllo sociale, diretto o indiretto.

La convinzione errata che l'uomo sia cambiato dentro ha almeno due conseguenze. Da una parte, è all'origine dello stupore e della costernazione che coglie ogniqualvolta osserviamo palesi e brucianti testimonianze di quanto poco si sia cambiati nell'animo.

E quando ci si stupisce troppo spesso vuol dire che non si possiedono gli strumenti più adatti per comprendere.

Dall'altra, ha spinto e spinge gruppi di persone e popoli interi che si ritengono portatori di una civiltà superiore a forzare altri gruppi di persone e altri popoli ad accettare la loro propria civiltà e a conformarsi a quella, nella convinzione di "migliorarli", magari con un tocco di bacchetta magica.

L'umanità è progredita e migliorata e progredirà e migliorerà ancora, in sostanza, ma solo a livello collettivo, molto molto lentamente e al prezzo di una continua e capillare civile vigilanza.

Riportiamo alcuni passi della riflessione inviata da **Rita Levi Montalcini**, premio

Nobel per la medicina, senatore a vita, presidente onorario di FeDerSerD, sul tema della prolu-
sione al Congresso

"Il dilagare in questi ultimi decenni del ricorso alle droghe da parte degli adolescenti e dei preadolescenti ha assunto un carattere epidemico e ha imposto una campagna martellante, condotta a



mezzo dei mass media, e un numero imponente e in continuo aumento di pubblicazioni e di conferenze nei locali pubblici e nelle scuole. I risultati conseguiti sono tuttavia inferiori alle speranze di riuscire a frenare la marea montante dei dediti alla droga. ... Le campagne contro le droghe oggi in atto nel nostro e in tutti i Paesi, in stato di allarme per il dilagare del loro uso tra i giovani e i giovanissimi, muovono contemporaneamente su due fronti, scientifico-sperimentale e psicologico e terapeutico. Quello scientifico indaga sul meccanismo d'azione delle droghe e si avvale delle più sofisticate tecniche oggi a disposizione dei ricercatori per capire sia le modalità di azione sia gli effetti provocati da queste sostanze sui centri cerebrali e sull'intero organismo ... Le droghe sono dotate della proprietà di modificare temporaneamente lo stato psichico dell'individuo, sono anche designate come psicogeni o stupefacenti. L'attacco condotto sui due fronti, procede su due vie parallele che talora si ignorano a vicenda, con il rischio di scoraggiare i giovani da una diretta partecipazione alla lunga e dura impresa di ripercorrere in senso inverso la rotta... Limitandosi a un piano di informazione più ristretto, e come tale accessibile a tutti i giovani, si potrebbero istituire corsi che li mettano al corrente sul modo di agire delle droghe e che li informino in particolare sui processi regressivi che si instaurano nei circuiti cerebrali responsabili delle più alte attività del cervello e di quelle legate alla vita affettiva ed emotiva."





Alessandro Martini

Alessandro Martini, Assessore della Provincia di Firenze ha portato il saluto dell'Amministrazione provinciale rilevando come anche la Provincia abbia interesse nel settore.

L'Assessore alle Politiche Sociali e Vicepresidente della Regione Toscana **Angelo Passaleva** ha ricordato l'interesse della Regione che ha assunto una serie di iniziative, non solo nel campo della cura delle dipendenze, ma anche della prevenzione.

Una prevenzione a tutto campo, in tutti i settori delle dipendenze, non solo quello da sostanze, da alcol, da fumo, ma anche le dipendenze dal gioco ad esempio.

Una buona parte delle condizioni sociali di povertà che portano alla dipendenza da gioco sono un fatto noto ma del quale si parla ben poco.

Questo è un congresso di grande valore scientifico perché si approfondiscono temi non soltanto sugli effetti delle varie sostanze usate ma anche delle nuove sostanze.

Aumenta l'uso delle sostanze complesse, delle "pillole", sta cambiando il panorama delle dipendenze.

Sul tema della prevenzione la Regione Toscana ha siglato recentemente un accordo con la Direzione Scolastica Regionale per attivare una serie di interventi nelle scuole.

Passaleva ha particolarmente sottolineare l'attenzione che si sta dando, e di cui sono già state avviate le sperimentazioni in alcune zone, a quella che viene chiamata, per usare un termine anglosassone, "peer education". Si ottiene con la peer education una maggiore efficacia soprattutto per individuare stili di vita che tengono lontani dalle dipendenze.

Sono già stati attivati dei veri e propri corsi per giovani, per i leader delle scuole, delle classi, che sono disponibili ed anche capaci di intervenire con il dialogo tra amici in questo settore.

Un altro campo di prevenzione viene realizzato con il progetto chiamato "discoteche sicure".

È un luogo dove le relazioni dei giovani sono rischiose.

Quindi attivare una serie di azioni

mirate alla prevenzione dei comportamenti rischiosi per rendere possibile ma sicuro il giusto divertimento per i ragazzi.

Quindi in accordo con i gestori delle discoteche, con i Ser.T., con le nostre Ausl, con il volontariato si sta cercando di portare avanti un'azione nei luoghi proprio dove i giovani si ritrovano più facilmente.

Per il settore del reinserimento e per il recupero, la Regione Toscana ha puntato molto sulla collaborazione dei Servizi tra pubblico e privato.

In particolare sulla collaborazione fra gli Enti ausiliari, i Servizi per le Tossicodipendenze e le Associazioni che si impegnano a sostenere i soggetti, ad esempio, alcolisti.

Attraverso questa intesa e questa cooperazione fra il Servizio pubblico e le Associazioni si cerca di promuovere un risultato positivo.

Federico Gelli, presidente della IV commissione sanità del consiglio regionale toscano, ha ricordato le azioni legislative in atto in Toscana in tema di tossicodipendenze.

In particolare si è soffermato sulla istituzione da tempo attuata dei dipartimenti delle dipendenze e sullo sviluppo attuale del sistema socio sanitario toscano, con la costituzione delle "Società della Salute".

Una vivace realtà di sperimentazione che merita attenzione e valorizzazione per una puntuale valutazione.

Calogero Surrenti, prorettore dell'Università di Firenze, ha esordito comunicando che l'Università ha concesso il patrocinio in urgenza vista la qualità scientifica del Congresso.

Ci sono stati molti cambiamenti nell'uso delle sostanze psicoattive.

In maniera progressiva si evidenzia una condizione di politossicodipendenza.

Surrenti ha avuto l'incarico dalla Regione del coordinamento del Centro Alcolologico Regionale quest'anno.

Ha potuto documentare la particolare frequenza di questa dipendenza: una situazione veramente complessa che



Angelo Passaleva



Federico Gelli

necessità di un approccio multi-disciplinare.

Ribadito l'impegno per inserire nei vari corsi formativi materie e discipline che riguardano le dipendenze, non solo nei corsi di laurea ma anche master di primo e di secondo livello.

Giancarlo Berni, direttore del dipartimento di accoglienza ed emergenza della Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi è intervenuto a nome del Consiglio Sanitario Regionale.

La Regione ha creato questo organismo di supporto all'assessorato per quanto riguarda il problema del diritto alla salute e delle politiche sociali.

Ha messo l'accento sul fatto che oltre alla prevenzione dell'abuso delle sostanze psicoattive sono alla attenzione della Regione gli aspetti terapeutici in condizioni di prevenzione della emergenza.

In tale contesto importante è l'assistenza ai pazienti che assumono molte sostanze psicoattive, e anche in una situazione di emergenza-urgenza l'apporto psicologico e l'aspetto psicoterapeutico nella fase acuta del paziente sono importanti.

Nella Azienda Universitaria di Careggi è stata creata una agenzia delle attività psicologiche e psicoterapiche con presa in cura di questi pazienti per poter iniziare l'assistenza su questo piano importante.

Berni si è poi soffermato, prendendo spunto dal programma congressuale che prevede una sessione sul "mondo della notte", sulla necessità di sviluppare un progetto nazionale, su cui sta lavorando la Regione Toscana, per offrire ulteriori chance, a coloro che con un incidente stradale particolarmente grave, affrontano un domani con una grande invalidità.

Francesco Paolo Lucchese, Vicepresidente della commissione affari sociali della Camera dei deputati, si è soffermato sulla necessità di farsi sempre più sentire da parte degli operatori dei Servizi pubblici.

Anche rispetto alle modifiche proposte al DPR 309 Lucchese ritiene che sia

necessaria una ampia discussione senza remore.

Il parlamentare, da sempre vicino alla Federazione, ha voluto anche ricordare i cambiamenti in atto nel settore e la necessità di utilizzare tutti gli strumenti terapeutici che la scienza mette a disposizione.

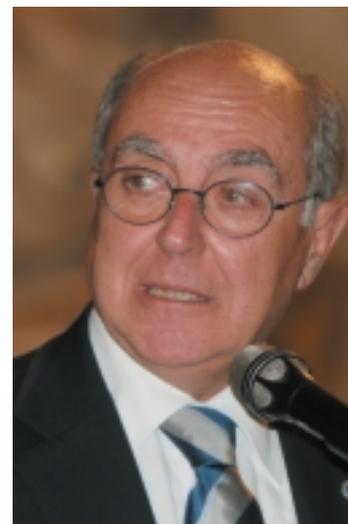
Giuseppe Lumia, membro delle commissioni antimafia e affari sociali della Camera dei Deputati, ha così esordito "devo complimentarmi con FeDerSerD per essere riuscita in pochi anni a fare entrare nel mondo sulla riflessione, dell'azione, degli interventi della tossicodipendenza una quantità straordinaria di saperi, di competenze e professionalità.

Non era facile, per tanti anni abbiamo pensato che il mondo della tossicodipendenza fosse un mondo a parte. Vi debbo anche ringraziare perché siete riusciti a immettere in questo vostro campo ricerca e innovazione. Non è facile, quando si viene a questi vostri grandi appuntamenti si scopre sempre una ricerca nuova, una innovazione nuova. E la ricerca e l'innovazione sono delle qualità straordinarie che spesso difettano e che oggi nel nostro Paese sono in crisi. Voi, non so come, siete arrivati a farlo e siete stati così bravi e capaci che siete stati in grado di raggiungere un alto profilo di innovazione e ricerca. Adesso si aprono dei campi nuovi, delle sfide nuove, e ho visto dal programma che proverete anche qui a misurare la vostra esperienza quotidiana, il cammino che avete fatto, con queste sfide complesse che abbiamo di fronte."

Lumia ha poi richiamato la centralità del tema dei percorsi di verifica.

Forte il richiamo a proiettare l'esperienza italiana in una visione europea, e al fatto che questo complesso lavoro abbia bisogno di una politica che "sia un po' più sveglia e più attenta".

Apprezzando il modo pacato e professionale con cui sempre si pone la Federazione, Lumia ha poi ricordato la collaborazione nella passata legislatura, il lavoro virtuoso svolto con i ministri Rosy Bindi e Livia Turco.



Calogero Surrenti



Giancarlo Berni



Francesco Paolo Lucchese



Giuseppe Lumia

Ha proseguito richiamando la necessità di costruire una grande tensione tra il lavoro quotidiano nei Ser.T. e le istituzioni e la sfida della alta integrazione proposta da FeDerSerD con il privato sociale, con CNCA e FICT, va in questo senso.

Fondamentale è evitare che il nostro Paese si avviti in una sterile e rovinosa contrapposizione tra le strutture dei servizi pubblici e le strutture del privato sociale.

“Alta integrazione a condizione che si entri nell’idea che le qualità, le competenze, le professionalità non sono una cosa diversa da motivazioni, cuore, testa; professionalità, competenze, ricerche e innovazioni devono andare insieme.”

Per Lumia però occorre che le istituzioni e la politica, facciano un ottimo lavoro sugli assetti istituzionali. Se gli assetti istituzionali si organizzano in modo sbagliato si possono avere delle conseguenze fortissime sui servizi. Bisogna trovare il giusto rapporto tra Istituzioni centrali e Regioni, Aziende sanitarie e Servizi e Privato sociale.

Molti Servizi cominciano a trovare delle enormi difficoltà per la mancanza di condizioni minime di organico, di opportunità di crescita, di sperimentazione.

“È necessario investire in questo campo. Non è tempo per la contrazione delle risorse.”

“Bisognerebbe avere un atteggiamento molto attento ed equilibrato, intelligente, facendo in modo che il

nostro Paese si affidi piuttosto che al codice penale a voi, alle intelligenze, alle competenze di chi sa scrutare il fenomeno, lo sa leggere e sa entrare con il piede giusto dentro le ansie, le preoccupazioni delle famiglie, di chi fa uso di sostanze, dentro la salute che viene compromessa, per entrare anche nel settore delle tossicodipendenze e trovare un assetto ed un equilibrio giusto.”

Richiamata la necessità che alla conferenza nazionale i veri protagonisti siano gli attori del sistema di intervento, il parlamentare ha richiamato la Federazione a dedicare nei prossimi congressi una grande attenzione agli aspetti internazionali, richiamando il lavoro svolto nella commissione parlamentare antimafia, e alla realtà in sviluppo del mercato internazionale di droghe.

Si riporta l'intervento di Rosy Bindi, parlamentare della commissione affari sociali della Camera dei Deputati e già Ministro della Sanità.



Rosy Bindi

Ringrazio il vostro presidente di questo invito. Sono qui volentieri tra voi per augurarvi buon lavoro e giornate serene e proficue per voi, per la vostra professione, per il vostro lavoro e naturalmente per tutto il nostro Paese.

Io vorrei qui ringraziarvi per il coraggio e la capacità di dare vita a questa vostra federazione, di celebrare questo vostro secondo congresso, di dimostrare che il settore del servizio sanitario nazionale che ritiene di combattere le dipendenze ha un suo fondamento scientifico, le sue esigenze di ricerca e di formazione.

È mia profonda convinzione che quelli che normalmente vengono ritenuti i settori deboli del servizio sanitario nazionale diventeranno forti quando appunto sapranno, con ancora maggiore determinazione, trovare fondamento nella ricerca, nella formazione, nella sfida della qualità e dell’innovazione.

Esattamente quello che voi state facendo.

ALCUNI DATI DEL CONGRESSO

Totale partecipanti Congresso: 1026

Così suddivisi

Medici	53,0%
Psicologi	15,0%
Farmacisti	0,5%
Infermieri	11,0%
Educatori	10,0%
Assistenti	0,5%
Assistenti sociali e sociologi	4,0%
Altri (dirigenti di comunità, docenti universitari, ecc.)	6,0%

Quindi queste sono giornate importanti, sono appuntamenti importanti.

Io vi voglio ringraziare soprattutto per un aspetto molto semplice.

Per il lavoro che fate ogni giorno, tutti i giorni, perché mentre la politica discute, se posso dirlo, anche qualche volta cadendo in qualche trabocchetto di carattere ideologico, voi andate avanti ogni giorno nelle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e in quelle strutture del volontariato, del privato sociale che rappresentano insieme alla rete dei servizi pubblici una grande ricchezza per combattere le dipendenze, per vincerle e per restituire le persone alla libertà.

Allora la terza via siete voi perché mentre si discute tra antiproibizionisti e coloro che riscoprono le categorie del carcere, ci sono coloro che ritengono che l'unico modo per combattere la dipendenza sia quello di chi si adopera attraverso la strada dell'educazione e della cura delle persone nell'esercizio della responsabilità e lo fanno da ricercatore, da professionista, da operatore, da dipendente pubblico, da volontario.

E questa è la strada che continuiamo a seguire.

Il ringraziamento è ancora più forte perché, è inutile che ce lo nascondiamo, c'è anche una sorta di ideologia nella riorganizzazione dei Servizi, come se alcuni fossero buoni ed altri cattivi.

Io credo che la via dell'integrazione che voi avete scelto sia saggia, perché ogni persona ha una sua storia e la precocità degli approcci che voi rappresentate sono una risposta all'originalità e alla diversità delle persone.

Qualche volta in questa impostazione c'è anche e soprattutto la rete dei Servizi pubblici che sono oggetto di una non adeguata considerazione e la diminuzione dei finanziamenti a queste strutture che si è verificata in questi anni, raffigura in qualche modo, la via, devo dirlo, non molto corretta anche di fare delle scelte improprie, spesso, proprio nei confronti di chi ogni giorno si adopera e lavora.

Allora io voglio ringraziarvi anche per la resistenza e la saggezza di questi uomini che voi rappresentate e che sono molti, io non credo di riferirmi soltanto a un piccolo pezzo della storia di questo nostro Paese.

Sono molti anni che grazie all'assistenza dei servizi pubblici e dei servizi del privato sociale diamo una risposta vera ad un problema terribile che la nostra società vorrebbe ignorare, ma che invece esiste e al quale si deve dare una risposta.

E la strada è rappresentata da questo lavoro intelligente e appassionato che ogni giorno voi fate.

Per questo motivo grazie a nome di tutti noi e anche una richiesta di aiuto perché la politica e le istituzio-

ni sappiano fare la loro parte mettendosi in ascolto di chi ha le soluzioni che sono le soluzioni dei percorsi reali delle persone, della loro vita, del loro distacco e della loro assunzione di responsabilità.

Nicola Carlesi

Direttore del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

"Indirizzi e strategie del dipartimento nazionale per le politiche antidroga"

Grazie al Comitato promotore di questo prestigioso congresso nazionale, ad Alfio Lucchini e ad Alessandro Coacci che mi hanno invitato a questo vostro incontro.

Voglio ringraziare i partecipanti a questo congresso ed in particolare gli operatori del settore e FeDerSerD che rappresenta una parte fondamentale del servizio. Operatori che vivono in prima persona, e lo accennava il presidente Coacci, le difficoltà di questo momento storico, chiamiamolo così, nel campo delle dipendenze.

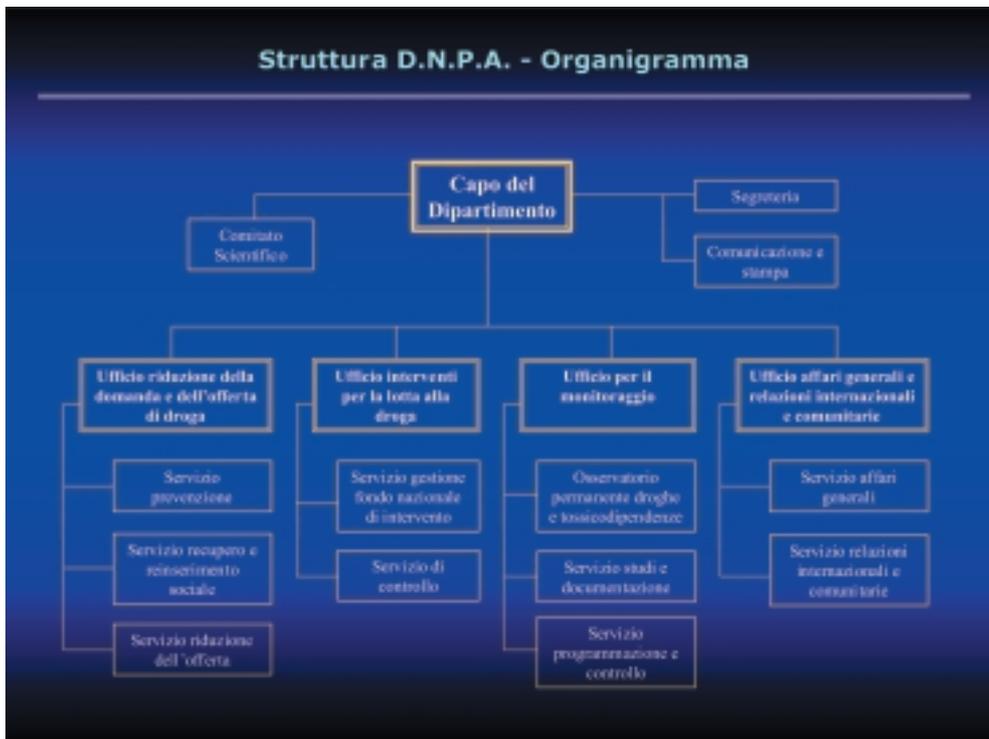
Un momento difficile, perché a fronte di carenze strutturali del sistema e del sistema sanitario, in particolare la carenza di organici, la carenza di investimenti, di stanziamenti, a monte di questa crisi che coinvolge la sanità, ma che tocca in particolare quelli che io definisco i settori più deboli della sanità, psichiatria e dipendenze, siamo di fronte anche a un cambiamento importante, fondamentale sia per quanto riguarda il settore delle dipendenze, rispetto alla tipologia di sostanze d'abuso ma non solo direi, anche allo stile di vita, alle modalità, al target verso il quale il mercato di queste sostanze si indirizza, alle modalità comportamentali dei soggetti che si avvicinano alle nuove "sostanze d'abuso", a modalità diverse di pensiero, culturali quasi se vogliamo chiamarli tali; cambiamenti che comportano difficoltà nella presa in carico e nelle risposte che i servizi devono dare.

Nella situazione congiunturale in cui viviamo, economica e di risorse, c'è necessità, e ve ne accorgete, di risposte.

Ci sono necessità sempre più attente, più complesse, tali da poter



Nicola Carlesi



rispondere alle esigenze di diagnosi e di terapia, di riabilitazione, di reinserimento.

Gli ultimi dati relativi alla relazione al Parlamento anno 2003, che abbiamo consegnato alla fine di giugno, dimostrano l'aumento tra i giovani, al di sotto dei vent'anni, del consumo dei derivati della cannabis, ma soprattutto sale il poliuso di sostanze in particolare l'ecstasy, le amfetamine, gli allucinogeni, i solventi.

L'eroina certamente rimane la prima sostanza d'abuso. Il 75% dei tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi ha problemi con l'eroina, ma cresce del 3% rispetto all'anno precedente il consumo di cocaina tra i giovani tra i 19 e i 44 anni.

Vi è uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità dove viene affermato che il primo approccio dei giovani a questo tipo di sostanza, alla cocaina, parlo del primo approccio non certo dell'uso problematico continuo, ha una età media di circa 15 anni.

E questi sono quindi dati che per quanto parziali ci preoccupano, che non possono non preoccuparci.

La cocaina è la sostanza al secondo posto dopo l'hashish e la marijuana tra le più consumate tra i giovani.

Al terzo posto, nello studio ESPAD, condotto su 27.000 giovani tra i 15 e i 19 anni, c'è l'eroina fumata: il 2,7%.

Accanto a questi dati, vi sono altri dati che riguardano i Servizi, i Ser.T.

Ai Ser.T. si recano sempre di più donne: le donne morte per overdose rispetto al 2002 raddoppiano nel senso che prima vi era un maschio ogni 12 donne morte per overdose, oggi siamo un maschio ogni 6

donne, a distanza di un anno. Stesso trend per le infezioni, in particolare la sieropositività, al 7,2% nelle donne tossicodipendenti e al 4,3% nel sesso maschile.

Sono elementi che ovviamente debbono farci riflettere, debbono far anche riflettere rispetto alle risposte che dobbiamo dare.

Nei Servizi pubblici vi sono in carico 166.611 pazienti nel 2003: aumentano sostanzialmente del 2,4% per anno, mentre nelle comunità sono il 19.000 circa, il 12% dell'utenza totale con un decremento del 4% rispetto al 1988.

Nel 1988 erano 1347 le comunità, sono 1262 nel 2003.

I trattamenti: sulla base dei dati pervenuti al Ministero della

Salute dalle Regioni che ci forniscono i dati che voi fornite a vostra volta agli organismi competenti, i farmaci vengono utilizzati nel 60% dei casi e tra i farmaci nell'81% è il metadone il più utilizzato.

Vi è rispetto al 1988, preso come punto di riferimento delle indagini svolte nella relazione, un aumento nell'uso del metadone oltre i sei mesi che passa dal 51,4% nel 1988 al 60% nel 2003, mentre diminuisce l'utilizzo del metadone a breve termine che era del 23,8% nel 1988 ed è il 16% nel 2003. Aumenta l'uso della buprenorfina: 6% dei casi trattati nel 2000, 15,1% nel 2003.

Altro dato significativo, importante, quello relativo alla riduzione del personale dei Servizi pubblici: un operatore ogni 23 pazienti nel 1988, un operatore ogni 25 pazienti nel 2003, ed anche questo è evidentemente un dato sul quale c'è da riflettere, e c'è da porre massima attenzione oltre che evidentemente trovare soluzioni, se vi è la voglia e la volontà di modificare determinate situazioni.

Un momento storico difficile per affrontare pienamente i problemi delle dipendenze e dei cambiamenti rispetto all'uso di sostanze da una parte, ma anche, come è stato accennato anche questo poco fa, perché tutti viviamo e scontiamo il dedalo di competenze tra i vari livelli istituzionali. I rapporti tra Stato e Regioni alla luce sia delle modifiche del titolo quinto della Costituzione (così come il precedente Governo ebbe a volere) sia delle modifiche costituzionali in atto (approvate ora alla Camera e in discussione tra poco al Senato) si caratterizzano sempre più per l'autonomia delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari. Nello stesso tempo però la necessità che non esistano e comunque che si attenuino quelli che sono i

conflitti forti di competenza tra Stato e Regioni rispetto ai livelli essenziali di assistenza, rispetto alla necessità di poter dare una omogeneità di risposte nelle Regioni italiane, a cominciare dalle rette per la riabilitazione, e di andare anche al di là di questo, entrare nel merito di quello che viene fornito alle persone, alla diagnosi, alle risposte assistenziali e terapeutiche.

Io spero, mi auguro, che quello che ormai è sfumato come problema, il contraddittorio tra comunità terapeutiche e servizi pubblici che pur ha dominato la scena politica sanitaria rispetto alle dipendenze del nostro settore, ecco non diventi oggi la conflittualità tra lo Stato e le Regioni.

C'è necessità sicuramente di una collaborazione al fine di dare linee generali uniformi, fermo restando le autonomie regionali rispetto alle forme di organizzazione.

Io credo che questa sia un'opinione condivisa sulla quale bisogna lavorare intensamente, ma per lavorare bisogna collaborare.

In questa situazione di difficoltà nasce il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga. Che cosa deve essere questo Dipartimento di nuova istituzione nato sostanzialmente nei fatti il 30 giugno ultimo scorso ma già previsto nella legge finanziaria e da un precedente decreto legislativo del 2003?

Il Dipartimento deve essere la camera di compensazione delle piccole incomprensioni, deve essere il punto d'incontro tra funzione politica che non vuol dire ideologia, perché anche la legge uscita dal Consiglio dei Ministri al quale faceva riferimento il presidente Coacci è una legge che adesso deve affrontare un iter parlamentare e va discussa, va affrontata, va evidentemente migliorata, se lo deve essere, ma vi deve essere una discussione.

Tutto cambia e tutto si modifica in una società come questa, in un campo come questo che cambia costantemente giorno per giorno: solo i paracarri sono fermi, il resto si modifica e deve essere aggiornato rispetto alle esigenze.

Senza ideologie il Dipartimento deve essere il punto d'incontro tra una funzione politica e una funzione tecnica per la creazione di strategie nazionali d'intervento da concordarsi evidentemente con le Regioni.

Il Dipartimento quindi ha funzioni che fanno riferimento al piano di azione contro la droga dell'Unione Europea, in coerenza con quelle che sono le disposizioni a livello nazionale ed internazionale.

Ho pensato di organizzare il Dipartimento in modo né banale né semplice, perché banali e semplici non sono le risposte che si debbono dare a queste problematiche.

Un Dipartimento che deve avere questa funzione di coordinamento e che pertanto deve essere, come è stato, inserito, incardinato, nella Presidenza del Consiglio al fine di poter avere funzione di coordinamento a livello dei ministri competenti in materia.

È un Dipartimento che al di là del Comitato Scientifico che andremo a modificare nei prossimi giorni e al di là della competenza del capo del dipartimento ha quattro direzioni generali/uffici e dieci servizi che dipendono dalle direzioni generali.

Il primo ufficio è quello di riduzione della domanda e dell'offerta di droga, che provvede ad attuare gli indirizzi e le decisioni e le strategie del comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga ex 309, di fatto il Consiglio dei Ministri, insieme ai ministeri competenti, deve attuare una strategia di bilanciamento di quelli che sono appunto i temi di riduzione e dell'offerta e della domanda, il coordinamento tra le amministrazioni dello Stato e i rapporti con le province e le regioni, al fine di ridurre la domanda.

Tra i servizi quello della prevenzione, importante in tale ottica, per le campagne informative, per la Conferenza Triennale che andremo a celebrare, in ritardo, nel 2005 e che questo importante congresso comincerà a discutere, per la Consulta Nazionale ormai decaduta e che andremo a ricostituire nei giorni prossimi.

Ma anche prevenzione come assistenza ai paesi in via di sviluppo, quindi cooperazione soprattutto a quei paesi produttori di sostanze.

Altro servizio, il recupero e il reinserimento sociale, che significa collaborazione con i Servizi e i Centri di Accoglienza per perseguire il recupero e il reinserimento.

Infine il servizio riduzione dell'offerta: compito difficile, ma è fondamentale curare i rapporti con le forze dell'ordine ed in particolare con la direzione centrale dei servizi antidroga, per lo scambio di dati, per le strategie fondamentali, al fine di poter raggiungere obiettivi in relazione a quello che avviene sul territorio rispetto ai sequestri, al contrasto.

Il secondo ufficio è quello per gli interventi di lotta alla droga, per la promozione e il coordinamento dei progetti statali da finanziare con il fondo nazionale.

Noi ci auguriamo un momento di chiarezza, noi speriamo, noi vogliamo come Dipartimento che l'anno prossimo non succeda quello che è avvenuto quest'anno e l'anno scorso, nel senso che alle Regioni sostanzialmente vengono trasferite le risorse economiche nel fondo indistinto dei servizi sociali, con il risultato che le Regioni più sensibili utilizzano quello che devono utilizzare per i progetti nell'ambito del fondo contro la droga, ma altre non lo fanno!

Questo non è pensabile anche perché non è previsto dalla legge finanziaria.

Quest'anno noi riteniamo che ci sia la necessità, una volontà politica forte affinché il fondo rimanga quello che è in termini di stanziamenti, perché non può essere ridotto non essendosi ridotti (così come previsto dalla legge vigente 45) il numero e la portata delle dipendenze.

I fondi devono essere quelli, la percentuale deve essere quella, ma in quella percentuale ci deve essere l'impegno specifico all'utilizzo di quei fondi per la tossicodipendenza non per altre necessità. Oltre al servizio per la gestione del fondo vi è un servizio di controllo, al fine di constatare e monitorare come vengono utilizzati i fondi, soprattutto quelli nazionali, non per essere fiscali, ma per poter valorizzare progetti che possono essere riproposti sul territorio.

E poi il terzo ufficio, quello per il monitoraggio, che è il cuore, io ritengo, del Dipartimento, del sistema dipartimento, perché prevede l'Osservatorio permanente sulle droghe e sulle tossicodipendenze; un ufficio importantissimo che deve curare la costante verifica del fenomeno attraverso il coordinamento, il monitoraggio, la collaborazione nell'ambito Stato Regioni. E questo non solo con i rapporti con il CNR, con l'Istituto Superiore di Sanità, con le Università, con l'Osservatorio Europeo di Lisbona, con il Gruppo Pompidou, con le Società scientifiche, con i Servizi, con le Regioni, che auguriamo possano avere i loro osservatori e interscambino i dati con il servizio studi e documentazione, altro servizio previsto, per le informazioni scientifiche, per la relazione al Parlamento, per il supporto scientifico alle campagne informative.

Insomma tutto ciò che serve per la formazione professionale dei servizi territoriali, delle agenzie, per le scuole formative, per gli operatori dei media, per le forze di polizia, per tutti. Un servizio quindi anche questo necessario al fine di poter implementare tutto quello che serve in questo campo. È poi previsto un servizio di programmazione e controllo di verifica costante delle indicazioni che nascono dall'Osservatorio stesso.

Infine il quarto ufficio, affari generali e relazioni internazionali e comunitarie, con un servizio affari generali, amministrativo, e un servizio che curi appunto le relazioni in ambito internazionale e comunitario.

Tutte queste cose sono molto ambiziose, un organico di circa 70 persone, ma credo che vi sia almeno da parte del Dipartimento stesso (poi lo valuteremo strada facendo) la volontà di affrontare questo problema con determinazione e con forza perché su questo problema si gioca il destino delle nuove generazioni, e voi con noi sicuramente, sono convinto, collaborerete volentieri.

Padre Renato Ghilardi

Direttore dell'Ufficio Diocesano Pastorale della Salute di Firenze

Un forte saluto da parte del Cardinale Arcivescovo al presidente dott. Coacci, al comitato promotore e scientifico del congresso, anche naturalmente agli esimii relatori, saluto anche le autorità e i rappresentanti delle istituzioni, un saluto altrettanto caloroso ai dirigenti, ai professionisti dei Ser.T e dei servizi alcoologici, le associazioni e le società scientifiche coinvolte, ai rappresentanti del privato non -profit, a tutti i partecipanti.

Mi sia consentito rivolgere un saluto più affettuoso a coloro che hanno bisogno di liberazione dalle varie forme di dipendenza, ai loro familiari e a tutti coloro che come voi sono vicini a questi fratelli e a queste sorelle, umanamente e professionalmente, in relazione alle problematiche e alle tematiche che voi affrontate e affronterete in questo importante congresso nazionale. Un principio e una certezza sono certamente condivisi da tutti, la centralità della persona sempre e comunque e di questo avrebbe parlato meglio di me San Luca Evangelista di cui oggi ricorre la festa liturgica: lui medico ed evangelista.

Nessun comportamento è in grado di far venir meno la dimensione personale del soggetto che lo compie e di conseguenza il suo essere immagine e somiglianza di Dio, il suo essere portatore di dignità e di diritti assolutamente non disponibili.

Questo certo non vuol dire far venir meno le responsabilità individuali, resta il fatto che dietro a qualsiasi droga ci sono quei bisogni fondamentali della persona che per mille fattori sono rimasti irrisolti o inevasi: bisogno di affettività, di comunicazione, di valorizzazione delle proprie risorse, di senso della vita. Si tratta di bisogni costitutivi dell'uomo che se non soddisfatti, se l'individuo è lasciato solo, escluso da percorsi affettivi e comunicativi e lavorativi adeguati non sarà difficile per l'alcool o per qualsiasi altra droga insinuarsi e proporre risposte false e irrisorie.

Allora bisogna interrogarci su quanto come cittadini, come comunità civile ed ecclesiale, come legislazione e servizi sociale siamo in grado di favorire la promozione delle persone e l'autentica condivisione.



Padre Renato Ghilardi

S'impone l'opera di educazione e prevenzione innanzitutto ed è opportuno chiederci perché a casa nostra, nel nostro quartiere, nella nostra parrocchia, nel nostro paese è presente il fenomeno della tossicodipendenza o della tossicomania; quali fattori, quali valori, quali elementi sono venuti meno. Sono interrogativi fondamentali per intraprendere poi la realizzazione di sentieri di speranza e di giustizia.

L'accoglienza presso i Ser.T. e le Comunità terapeutiche ha ormai dimostrato la sua validità; ecco allora che bisogna sempre migliorare le strategie per contrastare le tossicodipendenze e per offrire aiuto a quanti sono vittime delle droghe che tutti conosciamo. Deve continuare, anzi deve essere rafforzato, questo tipo di presenza e di risposta, ma è opportuno anche ricercare ulteriori agganci e aiuti.

Bisogna operare insieme pubblico, privato, volontariato per rispondere a chi chiede aiuto e andare a cercare chi ancora non è in grado di formulare questa richiesta, insieme per volare alto, con le strutture e i servizi che giustamente si nutrono di profonde motivazioni umane e in molti casi illuminati dalla fede e disponibili a sporcarsi le mani.

Esplicitare l'abbandono di certi fratelli può coincidere con la loro morte e allora è necessario anche una ricerca attiva per ridurre i rischi di una esistenza segnata dal precario e dalla mortificante, condizione a cui la strada costringe: mancanza di cibo, di vestiario, di luoghi per ripararsi, lavarsi e dormire, malattie legate al consumo come epatite, HIV, carcere, disperazione, tentativi di suicidio. Ridurre allora i danni che la persona che fa uso di droghe può incontrare lungo il suo doloroso itinerario di emarginazione, di consumo e di illegalità dovute al procurarsi la sostanza: aspettare da una parte e andare a cercare dall'altra diventano le due facce della stessa medaglia, l'una al servizio dell'altra.

Ciò che davvero è importante è che la centralità della persona continui ad essere accolta tanto nei luoghi preposti a ricevere chi ha bisogno di aiuto, come sulla strada che da Gerico porta a Gerusalemme, e dove a volte diventa difficile fermarsi per prendersi cura di chi non ha neanche la forza di chiedere cure e soccorsi.

Ciò che il Concilio Vaticano Secondo ci chiede, alla luce della stessa rivelazione divina, è di diventare capaci di abitare insieme i nostri territori per contribuire con quanti ci sono vicino e prossimi a quello di autenticamente umano che tutti inseguiamo e cerchiamo.

Rompere l'abbandono educativo, la solitudine, l'isolamento, la mancanza di punti di riferimento autorevoli, l'assenza di possibilità di studio, di lavoro, di tempo libero significativo.

Sono questi alcuni dei principali elementi che rendono possibile l'avanzare di dipendenze e di trasgressione.

E voi sapete meglio di me e conoscete meglio di me queste cose, e ciò che conta allora è rompere questo cerchio di sofferenza che condanna alla solitudine, liberando la società da quel malessere profondo, acuto e diffuso, a cui talvolta ci si illude di rispondere con le stesse droghe.

Non sempre è sufficiente disintossicare, bisogna aiutare a passare dalla disperazione alla speranza dando concretezza a quella cura della vita che in troppi difendono solo a parole accompagnando, certo senza illusioni, anche quanti condividono, a diverso titolo, questi difficili e dolorosi percorsi: familiari, amici, colleghi, vicini di casa e della stessa parrocchia e dello stesso quartiere, voi tutti qui presenti.

Accompagnare come il Cristo risorto sa farsi compagno di viaggio degli smarriti e degli sfiduciati discepoli di Emmaus disposti ad ascoltare, ad interagire, a proporre speranza e disponibilità, a fermarsi in quella casa per condividere un pasto, anzi la vita, fino a quando in quel luogo e in quelle persone non rinasca la speranza.

Auguro di cuore un proficuo fecondo lavoro a tutti voi durante questi giorni di congresso.

Pace e Bene.

Francesco Paolo Lucchese

Vice presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Intanto chiedo di essere tesserato, possibilmente con la tessera numero 2000, mi do così un traguardo.

Faccio il legislatore anche come medico e quindi questo richiamo è pertinente perché posso capire meglio il problema; sono un pediatra neonatologo, comunque l'età pediatrica ormai è quella che trattate anche voi visto che si è abbassato il limite d'età di chi è soggetto alla tossicodipendenza e quindi anche il pediatra si deve occupare di questo problema.

Volevo solo accennare alla legge 45 e al rapporto con il federalismo.

La legge 45 è stata importante, l'abbiamo fatta insieme a voi, voi siete quelli che avete dato indicazioni per l'organizzazione delle strutture, delle dotazioni di personale.

Quando il processo non si era ancora completato vi è stata la modifica del titolo quinto della costituzione.

Ebbene il nostro attuale lavoro legislativo tende ad una nuova codifica della costituzione proprio per evitare che ci siano conflitti tra i livelli istituzionali.

La politica della salute è in capo allo Stato, la tutela della salute e quindi il livello essenziale di assisten-

“In occasione dal secondo congresso nazionale – Le radici della innovazione: dipendenze, consumi, responsabilità sociali – il Presidente della Repubblica esprime apprezzamento per il valore scientifico e sociale dei temi trattati... Agli organizzatori, agli illustri relatori, ai partecipanti il Capo dello Stato invia un partecipe saluto augurale...”

“Ringrazio per il cortese invito a partecipare al congresso nazionale – Le radici dell’innovazione dipendenze, consumi, responsabilità sociali – che si terrà a Firenze dal 17 al 20 ottobre... sono lieto di esprimere il mio apprezzamento per il lavoro fin qui svolto da FeDerSerD in anni di attività favorendo il passaggio dal pionierismo ad un approccio professionale nella lotta alle dipendenze. Nel porgere i migliori auguri per un pieno successo porgo l’occasione nell’inviare cordiali saluti”. Romano Prodi - Presidente della Commissione del Parlamento Europeo

za sono e devono essere identici in tutta Italia e questo è stato stabilito e sancito dalla nuova costituzione mentre le Regioni si occuperanno dell’assistenza/organizzazione sanitaria evitando la legislazione concorrente che c’è fino ad ora.

La legislazione concorrente ha creato questi conflitti di competenze tra Stato e Regioni: la nuova costituzione non dovrebbe crearne; io ho fatto un intervento anche in aula in cui io ho voluto chiarire questo aspetto e cioè quali erano le competenze dello Stato e delle Regioni per evitare conflitti di competenze.

L’articolo 117 della Costituzione dovrà essere più chiaro anche ai fini di evitare il disequilibrio, come diceva il presidente Coacci, nelle Regioni più povere. Io appartengo alla Sicilia e ho cercato di evitare che ci siano queste discrepanze, queste diversità di trattamento tra i cittadini del sud e quelli del nord; questo non si deve verificare perché è stato previsto dalla nuova costituzione il riequilibrio tra le varie Regioni.

Mi ha fatto piacere vedere nel programma del direttore Carlesi che i fondi, così come aveva chiesto il presidente Coacci, saranno finalizzati solo all’assistenza antidroga: mi pare già un punto importante. Concludo ringraziandovi per lo spazio che mi è stato dato e comunque aspetto la tessera n. 2000, che raggiungerete sicuramente entro un anno.

Bernardo Grande ha quindi introdotto gli interventi di Mariella Orsi e Flavio Godi in ricordo di Riccardo Bordini e Mario Santi.

Ricordare lo zoccolo duro della storia delle tossicodipendenze, fatto di utenti e di operatori, vuole dire non solo ricordare le proprie radici, ma anche richiamare tutti e noi stessi ad un metodo di curiosità, di apertura, di studio, di necessità di validare le proprie scelte, di confronto.

Dopo un saluto alla signora Bordini, presente in sala, **Mariella Orsi** ha ampiamente tracciato storicamente la realtà in cui è cresciuta una generazione di operatori, in cui Riccardo Bordini si cimentò con entusiasmo sia nel settore delle dipendenze sia nell’intervento sulle patologie correlate e all’AIDS in particolare.



Bernardo Grande

Flavio Godi ha sottolineato l’impegno di Mario Santi per la creazione dei servizi per le tossicodipendenze e la capacità insieme di essere determinato ma attento alla ricerca di punti di equilibrio nelle decisioni. E infine l’anelito a valutare sempre il possibile miglioramento della qualità della vita delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze.



Flavio Godi



Mariella Orsi

Nel prossimo numero di Mission saranno riportati gli interventi della Tavola Rotonda finale del Congresso ed altre immagini congressuali.

MOMENTI DEL CONGRESSO



MOMENTI DEL CONGRESSO





FeDerSerD, al termine del suo secondo Congresso nazionale tenutosi a Firenze dal 17 al 20 ottobre 2004, che ha visto la partecipazione di oltre 1000 professionisti del settore pubblico e del privato non profit, nonché di importanti componenti del mondo politico e istituzionale, intende con questo documento offrire un contributo alla discussione nata a seguito della proposta di legge governativa di modifica del DPR 309/90.

FeDerSerD, associazione scientifica e professionale di settore, con oltre 1200 iscritti, interviene nel dibattito legislativo con la competenza tecnico professionale dei propri dirigenti, con considerazioni di carattere scientifico.

FeDerSerD si ispira ai principi di efficacia clinica e della medicina basata sulle evidenze nell'intervento quotidiano dei professionisti impegnati nel settore delle dipendenze: per lo specifico dei fondamenti scientifici e dei percorsi terapeutici richiama i numerosi documenti pubblicati sul periodico ufficiale "Mission".

FeDerSerD, è organizzazione composta da una pluralità di soggetti di varie sensibilità ideali, e ritiene essenziale il confronto con il mondo istituzionale e politico.

FeDerSerD è a disposizione per illustrare ad ogni livello la propria posizione a tutela dell'intervento professionale per il sistema delle dipendenze e della funzione pubblica dell'impegno nel contrasto al diffondersi delle droghe.

Osservazioni sulla revisione del DPR 309/90

Proposte di FeDerSerD per un dibattito aperto

La proposta di revisione del DPR 309/90 nasce come tentativo di arginare ope legis il diffondersi di comportamenti di addiction chimica.

L'intenzione del legislatore è quella di affermare l'inammissibilità di certi comportamenti e anche la loro estraneità culturale rispetto ad un ideale di società che appare aggredito e messo in discussione da numerose ed eterogenee istanze culturali e sociali.

Questa proposta legislativa di fatto, non tiene conto della discrepanza tra l'intenzione pedagogica e normativa contenuta nel dispositivo di revisione e le condizioni attuali della sua applicabilità in contesti culturali dominati e alimentati da stili predatori, dissipativi, edonistici e competitivi, che costituiscono il fattore di vulnerabilità sociale più importante in rapporto alle condizioni psicobiologiche degli esseri umani. Purtroppo la maggior parte degli slogan adottati in questi anni per sintetizzare le diverse posizioni intorno alla questione delle droghe sono stati usurati dal dibattito ideologico e politico, ed appaiono deboli e poco convincenti se sottoposti ad una seria analisi scientifica e professionale, che è quella che intendiamo proporre con questo documento.

Contrapporre educazione e punizione come se fossero due estremi che si escludono a vicenda, trascura che un atto educativo di per sé contiene anche elementi prescrittivi, talora anche molto forti, e laddove si determina una prescrizione inevitabilmente si crea un circuito normativo.

Non necessariamente alla norma deve essere connessa la punizione, tuttavia una qualche relazione con la norma deve essere prevista e non può avere carattere elusivo o risolversi nel principio educativo di per sé, se questo non viene declinato nelle sue varie possibilità.

Le generazioni più giovani stanno crescendo all'insegna del modello relazionale critico spesso male interpretato dagli adulti, che ne dovrebbero assumere la responsabilità, sempre meno adusi al confronto con la normatività del codice educativo genitoriale, con le regole sociali ed il loro significato, con le dimensioni critiche del piacere e del rischio, e questo in ragione della rete di significati e delle trame relazionali nelle quali crescono e si sviluppano. Diventa difficile su un

argomento come quello di cui stiamo trattando, introdurre quindi codici di relazione con il mondo adulto che non tengano conto del relativo impoverimento del codice paterno a favore di quello del gruppo dei pari e di una cultura consumistica largamente diffusa.

Veniamo dunque ai riferimenti scientifici che fondano lo sviluppo della riflessione.

Il confronto va ridefinito a partire dall'assunto dimostrato e sul quale nessuno può seriamente avanzare obiezioni **che tutte le sostanze d'abuso ad azione psicotropa sono più o meno potenti modulatori degli stati affettivi ed emozionali.** Diventa allora interessante cercare di capire che cosa rende potenzialmente pericoloso per gli umani il rapporto con questi prodotti.

Il dibattito purtroppo si è sempre rapidamente orientato verso la tendenza a classificare la pericolosità delle sostanze secondo categorie come la liceità, la dannosità biologica, gli effetti farmacologici, il potenziale tossicologico, l'impatto sociale, gli effetti culturali derivati ecc.

L'errore concettuale si annida proprio nel punto di partenza, che non può essere le sostanze di per sé, ma solo la loro relazione con l'umano, la sua natura biologica, il suo essere e divenire relazionale.

Ovvero è dalla relazione tra l'uomo, le sostanze, le motivazioni all'uso, i contesti d'uso che deriva il potenziale rischioso.

È la loro natura di regolatori degli stati affettivi che rende le sostanze psicotrope ad azione gratificante, al contempo appetibili e pericolose.

Appetibili perché il problema della regolazione degli stati affettivi, della modulazione delle risposte emozionali è un nodo centrale dello sviluppo degli umani, sia in senso ontogenetico sia filogenetico.

Ci siamo evoluti dagli altri primati anche grazie alla capacità progressivamente acquisita e sviluppata, di regolare le nostre risposte emozionali, imparando a riconoscere quelle più funzionali non solo alla sopravvivenza, ma anche al miglioramento adattativo. Parimenti lo sviluppo individuale, a maggior ragione se parliamo di adolescenti, è sano, ricco ed equilibrato, se la capacità di monitorare i propri stati affettivi, riconoscerli, governarli e indirizzarli, si sviluppa progressivamente in modo armonico e coerente con lo strutturarsi degli elementi della personalità che governano la costruzione di queste competenze e da queste sono orientate.

Pericolose perché il loro potenziale di seduzione appare più forte proprio verso quei soggetti che riescono con più difficoltà a padroneggiare stati emozionali negativi o sono

comunque attratti per ragioni diverse, dalla possibilità di controllare e modulare chimicamente le emozioni.

È evidente che da ciò non si può dedurre una universale pericolosità delle droghe per qualunque individuo, ma neppure se ne può affermare la totale innocuità prescindendo dalle vulnerabilità individuali.

Tutte le droghe di cui si può abusare (eroina, cocaina, alcol, amfetamine, allucinogeni, nicotina, cannabinoidi, caffeina, ecc.) possiedono differenti capacità intrinseche, strettamente legate alla loro azione biologica ed alla modalità d'assunzione, di produrre dipendenza, assuefazione, tolleranza, autorinforzo, tossicità, patologia di organo.

Bisogna pur tuttavia assumere il principio che è dal rapporto tra un particolare uomo ed una sostanza psicotropa che può svilupparsi il rischio di affezionarsi ad essa o di diventare abusatori o dipendenti.

La difficoltà a questo punto nasce dalla impossibilità attuale di determinare in modo universale i fattori di vulnerabilità individuale, la loro occorrenza specifica, gli elementi di rischio cumulativo.

Alcuni fattori sono noti e determinabili soprattutto per le dimensioni del danno biologico (rapporto tra fumo e neoplasie ad esempio, o tra consumo di alcolici e patologie neurologiche e digestive) ma la situazione diventa molto più incerta ed indeterminata se vogliamo considerare il deterioramento delle risposte adattative, l'acquisizione di stili di vita non sani o lo sviluppo di psicopatologie connesse all'abuso di sostanze psicotrope.

La questione critica è dunque rappresentata dai possibili predittori di vulnerabilità, **ovvero quali individui, se esposti in modo continuativo all'uso di sostanze psicotrope, possono subirne la fascinazione e subordinare valori, interessi, affetti, legami, opportunità, all'obiettivo primario di vivere sotto effetto di sostanze.**

Dovendo riconoscere che al momento non è possibile rispondere alla domanda se non in modo molto parziale, diventa perciò legittimo contrastarne fermamente l'uso da parte di chiunque e radicare la penalità anche a condotte personali inoffensive?

Affrontare questo tema oggi, con tutti i cambiamenti che stanno avvenendo sotto il profilo culturale, politico e sociale, sia riguardo alle droghe, sia in relazione allo statuto di malato e di malattia, nonché del sistema della cura, vuole dire considerare la domanda di senso valoriale che proviene dal campo sociale e politico non solo e non tanto per soddisfare vocazioni normative, quanto per capire se e come sia possibile la coesistenza tra l'ambito dei diritti individuali e collettivi e il dominio sempre più ampio delle diverse modalità di conservazione della salute.

La questione del consumo di sostanze e quindi della sua liceità o impossibilità, si colloca esattamente all'incrocio tra questo diritto, sempre più esteso e sollecitato, di provvedere alla conservazione della propria salute secondo le preferenze individuali, con le modalità ritenute migliori e il diritto della collettività di stabilire norme che nel riconoscere tale possibilità, ne definiscano contestualmente anche i confini.

Da qui il conflitto tra paradigma della tutela e cultura dei diritti del singolo e della collettività; ma oggi la tolleranza deve assumere una connotazione etica, alla ricerca di nuove convenzioni morali che sappiano conciliare il diritto alla salute in favore della comunità con il diritto alla salute della persona, senza dimenticare che **non vi è alcun dubbio alla luce delle attuali conoscenze che tutte le sostanze ad effetto psicotropo gratificante, a prescindere dalla loro legalità,**

hanno un potenziale additivo, ed il fatto altrettanto chiaro che questo potenziale non si attualizzi in tutti gli individui che ne fanno uso, non le rende meno pericolose per la collettività.

Detto ciò possiamo analizzare i risvolti etici e le conseguenze politiche di questo assunto assolutamente fondato.

Cominciamo con il porci una domanda: come mai negli ultimi quaranta anni il fenomeno dell'abuso di sostanze è diventato epidemico?

Una risposta potrebbe essere ricercata nella frattura sempre più ampia che si è andata creando fra la nostra condizione biologica che ci determina nelle possibilità evolutive e le radicali e tumultuose trasformazioni socio ambientali le quali sollecitano risposte adattative che la nostra struttura biologica, evoluta in millenni, non è ancora in grado di fornire se non in modo molto selettivo, parziale e discontinuo.

In altri termini vi è maggiore "consumo" di modulatori chimici degli stati affettivi perché le richieste ambientali sollecitano ed evocano con sempre maggiore intensità, competenze cognitive ed emozionali non adeguate a fronteggiare e soddisfare variazioni repentine dell'ambiente relazionale e sociale, che creano incertezze, timori, sentimenti di inadeguatezza o, quando sono prevedibili, angoscia e frustrazione per la possibilità alquanto remota di essere soddisfatte.

Il divario di potenza tra predatori culturali aggressivi e onnipresenti e le possibilità di trovare rapidamente risposte adattative efficaci e funzionali al nostro stare al mondo, appare sempre più ampio.

Queste tendenze, già in parte attualizzate, allargano considerevolmente la base dei soggetti vulnerabili e fanno diventare politico ciò che fino a non molto tempo fa poteva essere considerato un problema essenzialmente individuale e soggettivo.

Qui le categorie della scienza cedono il passo ai criteri etici, senza tuttavia cessare di suggerire ed orientare decisioni che non possono prescindere da poche ma sicure certezze.

Analizziamo dunque le possibilità che ci sono date in questo contesto.

Una ipotesi è quella di lasciare agire la pressione selettiva e di accompagnarla con misure che in un certo senso la favoriscano. Per esempio la posizione sempre meno minoritaria di coloro che legittimano il diritto a comportamenti che possono essere dannosi per la salute, per trarre poi alcune conseguenze operative sulla limitazione del diritto alle cure per malattie da sé procurate, come negare trattamenti chirurgici elettivi per soggetti fumatori e nicotino dipendenti con patologie respiratorie o vascolari.

Tale ipotesi è a nostro parere in netto contrasto con quanto previsto dalla carta costituzionale, senza dimenticare che il ruolo sempre più rilevante della sanità privata potrebbe pure variare la pressione selettiva, consentendo in realtà, a chi dispone di risorse economiche, di trattare comunque in modo adeguato il suo problema di salute.

Questo rischio non remoto andrebbe ricordato ai sostenitori del diritto individuale inalienabile di provvedere al mantenimento del proprio stato di salute, delle proprie virtù ormonali, o del bisogno di gratificazione e felicità, a prescindere dai mezzi e dalle modalità con le quali si provvede.

La possibile saldatura tra le posizioni economiciste in materia di sanità e i sostenitori del diritto individuale ed assoluto alla tutela della propria salute con qualsiasi mezzo, trova un terreno favorevole nel riconoscimento che ogni diritto può avere un costo e di conseguenza un prezzo, che però solo alcuni sarebbero in grado di sostenere, a dispetto del principio di equità.

Una seconda ipotesi è di bandire in modo assoluto la possibilità a chiunque di accedere a questi tipi di sostanze, diminuendo quindi la pressione selettiva sui soggetti più vulnerabili e privando nel contempo gli individui non vulnerabili del diritto ad accedere a forme di consumo non problematico, limitando il campo delle loro libertà individuali. La radicalità di questa ipotesi necessita di forme organizzate molto severe di controllo e repressione sia sul versante della domanda che su quello dell'offerta ed inibisce di per sé lo spazio educativo e quello delle responsabilità personali, che vengono sostituiti da una assunzione di responsabilità generale dello Stato, che definisce una norma etica e comportamentale e ne prescrive rigide sanzioni per i trasgressori.

Un'altra ipotesi è quella di correggere la pressione selettiva mediante interventi di protezione delle fasce più vulnerabili che diminuiscano l'esposizione di questi individui sia ai fattori stressanti sia ai possibili ricorsi ai mediatori chimici per fronteggiare lo stress ritenuto intollerabile.

È certamente una strada impervia e difficile, che spesso fa riferimento ad una concezione paternalistica, orientata a stigmatizzare e reprimere l'uso di alcune sostanze, ritenute a torto più pericolose di altre come gli alcolici, ed a creare inconsapevolmente differenze sostanziali nelle modalità di affrontare il problema più generale dell'addiction nella popolazione.

Il modello Educare e non punire ("Non incarcerate il nostro crescere") a base di uno dei documenti attuali di riflessione sul tema, si colloca in una via di mezzo con l'ambizione di sostituire l'impegno repressivo verso i consumi con una azione educativa. Nello specifico del problema dell'uso di sostanze, tale assunto può apparire incerto se non vengono esplicitati, preventivamente al piano dell'educare, il tipo di norma cui ci si riferisce e quali riferimenti scientifici sostengono e giustificano le asserzioni normative.

Al suo interno c'è spazio per parlare di educazione al rischio come acquisizione di consapevolezza della propria responsabilità, certamente un obiettivo auspicabile che richiede però un investimento massiccio di risorse per incidere significativamente sulle complesse e multiformi componenti della funzione educativa.

Innanzitutto il confronto o lo scontro con media dominanti e propensi a svilire più che a valorizzare l'assunzione di responsabilità individuali attraverso la fatica di vivere con passione e completezza la propria vita; poi la famiglia talora luogo generatore di forti instabilità affettive, di inquietanti parodie del benessere, di proposte esistenziali quanto meno discutibili; la scuola pressata da istanze contraddittorie ed erosive della sua identità che dovrebbe surrogare le debolezze ed i fallimenti degli altri istituti educativi.

Il panorama è sconcertante e l'enfasi posta solo sulla azione educativa rischia di apparire debole e poco realistica.

Il modello Consumi Zero ultimo nato tra gli slogan antidroga, ha il pregio di fondarsi sulla affermazione chiara che tutte le droghe fanno male e quindi non vanno in alcun modo consumate. Tuttavia anch'esso è affetto dal peccato originale di eludere la connessione tra individuo, motivazioni, sostanze, connessione che determina le possibilità di rischio.

Appare perciò tanto sbrigativo ed illusorio quanto le posizioni più apertamente repressive, perché non spiega come fare per comprimere i consumi fino a zero (pensiamo ai consumi alcolici o di nicotina, agli psicofarmaci, al gioco d'azzardo). È irrealistico pensare di ridurre a zero i consumi senza met-

tere in campo dispositivi repressivi così forti da condizionare la vita della maggior parte dei cittadini, o pensare che il "consumo zero" si possa riferire solo ad alcune categorie di sostanze, quelle più nocive o pericolose, come l'eroina.

Qual è allora la differenza tra una posizione repressiva di *toleranza zero* e l'opzione *consumi zero* che comunque deve prevedere misure di contenimento dei consumi.

L'opzione "consumi zero" deve essere proposta come un obiettivo tendenziale, che riconosce pragmaticamente l'esistenza di consumi non problematici, ma che allude ad un contesto sociale di maggiore sobrietà generale dei comportamenti. Poggia su una corresponsabilizzazione delle istituzioni (interventi preventivi ed educativi) e dei cittadini e non demonizza in modo manicheo prima le sostanze e poi i consumatori.

È una proposta che vincola ad una verifica temporale sull'effettiva graduale contrazione dei consumi di tutte le sostanze psicotrope, per programmare il mantenimento o la variazione dei dispositivi di controllo dissuasivi.

Va da sé che è indispensabile un forte rigore metodologico e scientifico per approntare prima le misure di base e poi le verifiche ed i controlli.

In altri termini i meccanismi del controllo si devono fondare sul principio della responsabilizzazione, secondo modelli pedagogici quale, a puro titolo esemplificativo, quello della patente a punti per il codice della strada.

Si tratta cioè di definire modelli di controllo che abbiano una potenza dissuasiva nei confronti delle fasce di consumatori non problematici, al fine di non alimentare e diffondere l'opinione della bassa pericolosità di certe forme di consumo.

Certamente questo è un obiettivo secondario rispetto alla priorità di attenuare le conseguenze negative della pressione sui soggetti più vulnerabili, tuttavia costituisce il passo indispensabile per invertire il processo culturale in atto, che sottovaluta la dimensione di rischio per la collettività in nome di un illusorio principio di libertà individuale.

I consumatori problematici non saranno molto condizionati da queste forme di controllo, perché nella valutazione del rapporto costo/beneficio, l'individuo problematicamente coinvolto nel consumo di sostanze tenderà a considerare in primo luogo i vantaggi immediati di un apparente miglioramento del suo problema piuttosto che i rischi di una possibile sanzione.

Tuttavia l'applicazione intelligente di una pluralità di dispositivi pedagogici dissuasivi, può modificare l'ambiente sociale e contrastare le pressioni culturali che favoriscono i consumi, diminuendo quindi i possibili fattori di esposizione al rischio per i soggetti vulnerabili.

La questione delicata è quella di mettere a punto i dispositivi pedagogici efficaci, che devono possedere anche delle caratteristiche incentivanti e non solo dissuasive, misure di controllo reali, ambiti di realizzazione estesi alla rete territoriale ed una efficace regia di governo.

Quasi mai è stato possibile alimentare un confronto serio e realistico che producesse ipotesi e strategie fattibili, ma a differenza del passato più o meno remoto, si sta profilando ora una inquietante coincidenza tra due processi densi di conseguenze notevoli per tutti i cittadini.

Il processo di privatizzazione della sanità, che si sta sviluppando in alcune punte più avanzate attraverso il progressivo smantellamento dei servizi pubblici, al di là di una possibile presenza di un privato competitivo in grado forse di sostituirlo a costi inferiori, si sposa egregiamente con l'operazione di

dirottare prima con colpi di mano più o meno trasparenti, ed ora con una legge, la maggior parte delle risorse economiche e di potere ai propri fiduciari del settore, garantendo loro una specie di extraterritorialità nel contesto delle regole che governano la sanità.

A differenza dei tempi della legge Iervolino Vassalli è in gioco ora la sopravvivenza del sistema pubblico di intervento nel campo delle dipendenze, sistema costituito non solo dai servizi pubblici, ma anche dalla quasi totalità del privato sociale, che condivide la necessità di un sistema fondato su principi e modelli verificabili dalla comunità scientifica, organizzato con regole di programmazione efficienti e con livelli di partecipazione non arbitrari ed incerti.

Perciò consideriamo centrale il riconoscimento del tavolo di integrazione pubblico-privato non profit da noi definito "Tavolo di Alta Integrazione" come base di analisi ed espressione del sistema di intervento degli accreditati italiani.

Qui si apre un altro forte interrogativo alla luce del quale va letto il secondo punto chiave dell'impianto di revisione, ovvero l'estensione del diritto alla certificazione e alla diagnosi per tutti i soggetti iscritti all'albo delle strutture private (art. 116).

Lo scopo evidente è quello di spostare la centratura delle possibilità di cura dai Ser.T. alle comunità, ritenute, almeno alcune, come lo strumento reale di applicazione della intenzione pedagogica del legislatore.

Si potrebbero fare infinite osservazioni sulla assoluta indimostrabilità di questo assunto, ma lasciamo ad altri questo compito, soffermandoci invece sulle possibili conseguenze di questo spostamento.

Esso infatti potrebbe rivelarsi totalmente fallimentare ai fini di aumentare l'utenza delle comunità, perché contrariamente a quanto viene sostenuto da alcuni leader del settore, il ridotto afflusso di persone in comunità non dipende dal fatto che i servizi pubblici, in specie per le loro terapie farmacologiche, inibiscono i processi di maturazione che dovrebbero condurre tutti i tossicodipendenti in comunità.

Questo dipende piuttosto dal fatto che generalmente i tossicodipendenti gradiscono sempre meno l'idea di trascorrere un certo periodo della loro vita in ambienti dove talora, chi pretende di insegnare loro a vivere bene, fatica a considerarli in primo luogo persone sofferenti, vittime anche di un ordine biologico alterato, ma li considera solo soggetti colpevoli da rieducare, per i quali non essendo riconosciuto lo statuto di malattia, non è possibile disporre di quei pochi ma consolidati strumenti offerti dal sapere scientifico che consentono di trattare efficacemente il disturbo da uso di sostanze e i suoi correlati psicopatologici.

Nel caso invece che lo spostamento della centratura riscuota un certo successo, grazie alla forza della convinzione normativa e dei suoi deterrenti applicativi, si apre uno scenario che dovrebbe interrogare in primo luogo il decisore politico ed il tecnocrate della sanità.

È evidente a tutti come la previsione sottesa al dispositivo di legge, di inviare il maggior numero di persone possibili in comunità, determinerebbe una enorme dilatazione della spesa sanitaria, non supportata da considerazioni di efficacia.

In questo caso è evidente che le priorità sono definite dal politico e molto poco dall'economista, dal tecnico del settore, dall'esperto di diritto e di etica.

Sappiamo come non sia facile definire regole prescindendo dallo schema degli interessi e delle utilità, regolando le prestazioni sanitarie solo come variabili del diritto.

In sanità i diritti non possono escludere la valutazione dei risultati, siano questi riferibili al singolo o in generale: i risultati sono talora insufficienti a giustificare una certa pratica.

Tutto questo aspetto della riflessione è assente nel dispositivo di revisione del DPR n. 309/90, laddove il legislatore assume acriticamente che l'intervento pedagogico sia di per sé risolutivo della enorme complessità dei problemi determinati dall'uso patologico di sostanze, e soprattutto dubita in modo altrettanto acritico della efficacia dei trattamenti farmacologici sostitutivi, sottolineandone la pericolosità e tentando surrettiziamente di limitarne l'uso.

In questo scenario generale si inseriscono le scelte regionali in campo sanitario, sempre più condizionate dalla modalità di redistribuzione delle risorse assegnate e dalla ridefinizione delle politiche di welfare.

Un settore storicamente debole come quello delle dipendenze, rischia una ulteriore forma di penalizzazione, sia per quantità di risorse assegnate che per collocazione nel sistema dei servizi sanitari, se le sue funzioni e competenze specialistiche complesse vengono svuotate e ridotte a semplici prestazioni ancillari subordinate a strategie dirette da altri, e se la funzione di governo del sistema affidata ai **Dipartimenti delle Dipendenze a direzione pubblica**, viene svuotata dei contenuti e degli strumenti operativi indispensabili per garantire la lettura dei bisogni della popolazione, la programmazione degli interventi, l'investimento e la razionalizzazione delle risorse e la verifica dei risultati.

Perciò chiediamo precise indicazioni da parte del Dipartimento Nazionale per le politiche Antidroga ed un impegno formale del Coordinamento Stato-Regioni che siano finalizzati ad individuare ed erogare le risorse idonee a garantire lo sviluppo del sistema di intervento e ad assicurare il soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

In questo contesto è altresì necessario che il fondo nazionale per le politiche antidroga rappresenti una risorsa "distinta" e specifica nella finalizzazione.

Una azione di salute non può essere valutata come moralmente giusta o ingiusta, senza entrare nel merito delle sue ricadute sui cittadini, soprattutto nel momento in cui si interviene a disciplinare materie tanto complesse come le dipendenze patologiche. Per tale ragione non si può non tenere conto del sapere esperto e professionale, delle evidenze pratiche raggiunte negli anni, dando invece credito ai suggerimenti di chi non intende far derivare le proprie scelte operative dalla verifica dei risultati raggiunti.

A tale proposito riteniamo che non sia eludibile la istituzione di una specifica disciplina per il settore delle dipendenze con la relativa specializzazione, al fine di valorizzare il sapere dei professionisti del settore in rapporto al mondo accademico e di formare adeguatamente i futuri professionisti.

A conclusione riteniamo che se può essere condivisibile l'esigenza di disciplinare meglio l'attuale assetto normativo del settore, che appare poco soddisfacente anche alla nostra osservazione, non possiamo che essere critici verso il metodo ed i contenuti della proposta, ribadendo nel contempo la disponibilità alla collaborazione in un quadro trasparente di confronto su basi scientifiche e di evidenza medica, dove i criteri di senso e le ragioni del sapere disciplinare trovino lo spazio adeguato non solo per una rappresentazione simbolica, ma per un effettivo potere di incidenza.

Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD

Dicembre 2004

Un modo efficace di celebrare la Giornata Mondiale contro l'abuso di droghe: l'iniziativa di sabato 26 giugno 2004 a Castelnuovo Scrivia voluta dai giovani e a cui FeDerSerD ha aderito con entusiasmo "Alcol e canne, che sballo!! Ma ne vale la pena?". Ecco la serata raccontata dai ragazzi.

Alcol e canne, che sballo!! Ma ne vale la pena?

"Sabato 26 giugno: un giorno come tanti per molte persone, ma per noi, ragazzi di Mosaiko Kids, è stata una data da ricordare.

Nella Sala Pessini di Castelnuovo Scrivia si è infatti tenuta la tavola rotonda dal titolo: 'Alcol e canne, che sballo!! Ma ne vale la pena?'.

Il titolo è di per sé molto esauriente, abbiamo deciso infatti di trattare uno dei temi più scottanti degli ultimi anni: l'abuso di alcool e droghe, e le drammatiche conseguenze che esso comporta, soprattutto sui più giovani. Questa tavola rotonda è stata fortemente voluta da noi ragazzi, in quanto ci sentiamo personalmente coinvolti, perché solitamente è alla nostra età che si fanno le prime esperienze in questo ambito, e dobbiamo essere informati a riguardo, onde evitare di finire fra i micidiali meccanismi della tossicodipendenza e dell'alcolismo che, una volta innescati, non possono più essere fermati.

Abbiamo pertanto richiesto la presenza di alcuni esperti in materia, che vivono ogni giorno a contatto con questo tipo di realtà, i quali hanno cortesemente accettato il nostro invito, e ci hanno reso partecipi delle loro conoscenze e delle loro esperienze,

arricchendoci sia sul piano umano sia su quello culturale.

Sono intervenuti alla tavola rotonda il Primario Ser.D. di Milano - Dirigente FeDerSerD dott. **Edoardo Cozzolino**; il Primario Ser.D. di Alessandria dott. **Costantino Girardengo**; il Responsabile della Struttura Ambulatoriale Divisione Malattie Infettive e Tropicali, specialista in malattie infettive, prof. **Gior- gio Barbarini**; il Dirigente Medico di I livello Ser.D. di Tortona dott. **Luigi Bar- toletti**; il Dirigente Medico di I livello Ser.D. di Vigevano e Lomellina dott. **Giansisto Garavelli**.

La serata ha preso il via con una breve e significativa orazione tenuta dai Dottori Cozzolino, Girardengo e Barbarini, in cui, rinunciando alle complesse terminologie mediche per molti di noi incomprensibili, ci hanno esposto alcuni dei rischi e delle conseguenze a cui si può andare incontro se si entra nel tunnel della dipendenza. In seguito è stato dato ampio spazio alle domande e alle curiosità che il pubblico ha voluto sottoporre agli esperti: sono state molte le domande, e molti dubbi e lacune sono stati colmati, fornendo anche utili spunti per una riflessione individuale."

Livia Granata, 17 anni

... Conclusioni...

La terra dell'incontro è sempre fertile, trovarsi e discutere è sempre utile, perché è nella solitudine e nell'ignoranza che maturano e trovano spazio le dipendenze e le sofferenze peggiori.

Nessuno ha demonizzato né esaltato le droghe, ci hanno spiegato che sono una parte importante di ogni società, che sono legate a doppio filo ad alcuni secolari modelli culturali, che il rapporto tra potere e droghe è spesso schizofrenico e che i governi lucrano su alcune droghe e bruciano sul rogo le altre.

Ma il problema non è la sostanza: l'abisso è nel bisogno che spinge verso l'autodistruzione e nelle cause che lo scatenano, l'inferno è nella dipendenza e nella tragica pulsione di sacrificio della propria libertà.

"Parlando a titolo personale mi sono resa conto di quanto in realtà fossi 'ignorante' in materia, sebbene credessi di conoscere molte cose (se non tutto) sul mondo della tossicodipendenza e dell'alcolismo.

Ciò è servito a farmi riflettere su quanto crediamo di sapere e su quanto sappiamo realmente: sono certa di non essere stata l'unica fra i molti spettatori che affollavano la sala a rendersi conto che troppo spesso diamo per scontato molte cose che in realtà non sono assolutamente come crediamo che siano, che i mali che ci paiono essere così lontani dalla nostra quotidianità in realtà possono sfiorarci e perfino danneggiarci quando meno ce lo aspettiamo.

L'unico modo per vincerli è conoscerli: conoscendo il nostro 'nemico' potremo prevenirlo, e neutralizzarlo. Serate come quella del 26 giugno servono proprio a questo: a far sì che due delle più grandi patologie del nostro tempo, la tossicodipendenza e l'alcolismo, vengano conosciute realmente, evitate e, infine, sconfitte."

Livia, 17 anni

Il anno di Liceo Classico



“Nell’adolescenza ci si sente invincibili, senza limiti, ma citando le parole del dott. Edoardo Cozzolino: ‘La vita non è un videogioco che, dopo averlo ricaricato, si può incominciare di nuovo a giocare’. Come in una grande famiglia abbiamo posto le nostre domande: per una sera ci siamo ritrovati in una tavola rotonda, in un luogo dove il dialogo è aperto a tutti e ci si può fermare, isolandosi dal rumore assordante e ripetitivo dei clacson, che chiudono l’individuo in un anonimato apparentemente insormontabile.”

Stefano, 18 anni
III anno di Liceo Classico

“Una cosa l’ho capita, non sono gli effetti dell’alcool né delle droghe, ma il perché li prendiamo che deve fare paura. Il perché dobbiamo dipendere da qualcosa per sentirci più forti, per sentirci sicuri, per divertirci, quando la vera forza sta nell’indipendenza, e la voglia di ridere la troviamo in noi stessi, perché non ci sono sensazioni più intense di quelle che ci offre il mondo reale senza distorsioni, né viaggi più incredibili di quelli che è la nostra fantasia a donarci.”

Silvia, 19 anni
I anno di Università

“La tavola rotonda non mi è servita tanto per capire quanto facciamo male alla salute droga e alcool – su questo siamo informati, è vero, forse troppo superficialmente, ma in fondo un po’ tutti –; credo invece di aver avuto modo di comprendere più profondamente che cosa sia una dipendenza, che cosa comporti vivere con un unico pensiero fisso. Non è più una vita: è l’illusione di vivere quella libertà che vorremmo e che ci sembra di avere finalmente conquistato: è così vicina, sta galleggiando in quel



bicchiere, è tutta racchiusa in quella pillola. Ma cosa succederà domani? Non importa, voglio solo vivere questo momento, sentire questa libertà scorrermi nelle vene.

Io vivo la mia vita giorno per giorno, mi permetto di non pensare troppo a domani e di godermi i momenti perché la mia mente è sana, il mio corpo lucido e domani potrò decidere del mio domani, mentre oggi voglio solo pensare ad oggi.”

Anna, 17 anni
IV anno di Liceo Linguistico

“Probabilmente non a tutti sarà bastata questa serata per proteggersi saldamente contro le dipendenze, ma la tavola rotonda è riuscita perché nella lotta contro le droghe e l’alcool, nessuna parola è sprecata, e anch’io sono ancora a rischio, nella mia strada può ancora comparire il pericolo di un’assuefazione a una sostanza

che mi ammalia e mi distrugge, ma ora ne so di più, ho potuto ascoltare altre parole che mi informavano di aspetti della dipendenza che altrimenti avrei scoperto solo facendola mia, e quindi, come tutti i presenti so qualcosa in anticipo che mi può far riflettere, pensare prima di agire e che forse riuscirà a smascherare, se mi si presenterà davanti, tutta la sofferenza che si cela oltre all’apparente piacere e a farmi cambiare strada.”

Paolo, 14 anni
I anno di Liceo Scientifico

“L’organizzazione della serata è stata decisamente efficace, i diversi momenti sono stati dosati con grande abilità, in modo che il ritmo rimanesse sostenuto e gli interventi vari e appropriati. Ogni oratore ha saputo essere completo e coinvolgente, chiaro ed essenziale, non sono mancati intervalli musicali e spazi dedicati ai componenti della redazione. Il problema, trattato a partire da diversi punti di vista, è stato triturato e analizzato in modo da definirne un quadro semplice e limpido da cui partire per la formulazione di progetti e iniziative. Mi auguro, com’è successo a me, che questa manifestazione abbia infuso in tutti coraggio e fiducia perché com’è ben risaputo: chi ben comincia...”

Marta, 16 anni
I anno di Liceo Classico

NOTIZIE IN BREVE

LA SCOMPARSA DI CARLO VALENZI

A pochi giorni dalla fine del 2004 ci ha raggiunto la notizia della morte di Carlo Valenzi.

FeDerSerD lo ricorda agli operatori italiani per l’impegno che insieme a tanti profuse per lo sviluppo e la regolamentazione dei Servizi per le Tossicodipendenze negli anni novanta.

Un impegno generoso, che permise di arrivare alla legge 45 del 1999, punto di riferimento per il nostro settore.

Il racconto a due voci che segue narra del viaggio di conoscenza e formazione da Trieste a Napoli nell'ambito del progetto di collaborazione avviato da tre ASL, tramite i loro servizi per le dipendenze: Ass n. 1 "Triestina", Asl Napoli 3 e Asl Caserta 2. Ventotto persone (8 operatori del Dipartimento delle Dipendenze, 10 tossicodipendenti e 10 familiari dell'Associazione "Cittadini e familiari per la prevenzione e la lotta alla tossicodipendenza") sono partite in corriera il 31 ottobre da Trieste per andare a conoscere e visitare esperienze e realtà "diversamente simili" del sud.

Il pretesto è stato quello di dar vita insieme ad una rappresentazione teatrale ad Aversa il giorno 3 novembre, dopo un periodo di studio e lavoro fatto a distanza, nell'ambito delle normali attività dei singoli centri diurni, a partire dal copione curata dallo scrittore triestino Pino Roveredo.

Inutile dire che il viaggio è stato molto d'altro e molto di più...

Antonio d'Amore e Roberta Balestra

Direttori di Dipartimento delle Dipendenze Asl Caserta 2 e Asl Trieste
Direttivo nazionale di FeDerSerD

1-4, novembre 2004

Il Progetto TRIESTE in CAMPANIA

Diario di un'utopia allo specchio

Trieste è un laboratorio: crogiolo di etnie, eterogeneità di origini, luogo di incontri e di conflitti.

Se fai un sondaggio tra i tuoi amici, facilmente trovi un papà, un nonno, venuto dal sud.

Zona di frontiera, di guerra, porto, mercato, ponte verso l'est: occasioni per arrivare a Trieste, per restarvi per sempre.

Trieste città dei matti, che i matti ha liberato. Da molti sud (d'Italia, d'America...) in molti, specialmente giovani, sono venuti e continuano a venire a Trieste, per cercare e tener vive le tracce di una lezione scientifica ed umana senza precedenti, che ha rivoluzionato l'approccio alla malattia mentale e alla cura.

Un progetto è come visitare l'ultima stanza di una casa. Non una casa qualunque, ma quelle di un tempo, settecentesche per intenderci. I corridoi lunghi al centro e stanze che s'imbucano l'una dentro l'altra e tu che le attraversi e ti stupisci per ogni nuova conquista.

Un progetto che si realizza, poi, è come vedere tutta la casa e tutte le stanze contemporaneamente, da ogni possibile angolatura. Dal di dentro e dal di fuori.

La prospettiva picassiana del mondo e della realtà.

La collaborazione tra Trieste e la Campania nasce quando un giovane psichiatra, Alessandro Barberio, venuto dal sud, attirato dalla fama dei nostri servizi psichiatrici, ci fa conoscere Gilberto di Petta e Pietro Scurti, operatori dell'ASL Napoli 3.

Il loro approccio terapeutico, la loro capacità d'essere "uomini che incontra-

no uomini", il coraggio di mostrarsi con la propria autenticità, al di là dei ruoli, trova profonde assonanze in un Servizio, il Dipartimento delle Dipendenze, che da diversi anni sperimenta percorsi riabilitativi altrettanto vitali, perché vicini ai bisogni e alle istanze più profonde delle persone: i laboratori, i progetti integrati, l'Associazione Familiari e Cittadini per la Prevenzione e la Lotta alla tossicodipendenza", il "Teatro Instabile" di Pino Roveredo...

"L'incontro tra un uomo ed un altro uomo costituisce ancora e forse per sempre la 'sostanza' più potente e produttiva di reali cambiamenti".

La casa così si è via via popolata di fantasmi e successivamente di persone "autentiche, vere": la dottoressa Zamaro, psicologa, con la dottoressa Balestra, Responsabile del Dipartimento per Dipendenze dell'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina, aspetti tecnici e responsabilità istituzionali riunificate, la signora Colombari e le altre mamme dell'Associazione Familiari di Trieste, che aderiscono entusiaste all'iniziativa, raro esempio di completa integrazione tra il Privato Sociale ed il Servizio Pubblico; il dottor Scurti, psicologo, il dottor D'Auria, coordinatore dell'area delle tossicodipendenze, che, insieme alla dottoressa Femiano, Responsabile dell'Area per l'integrazione socio-sanitaria, ha sposato ogni iniziativa assecondandone le configurazioni terapeutiche ed organizzative; gli altri Responsabili dei Ser.T. dell'Asl NA 3: il dottor Liguori del Ser.T. di S. Antimo e la dottoressa Sirico del Ser.T. di Caivano, lo scrittore e regista Pino Roveredo, che, insieme a Lilly Zumbo del Centro Diur-

no del Ser.T. triestino, con gli educatori Liberato e Cerbone, hanno conferito lo spessore dell'umanità alla coscienza della professionalità. Un gruppo che si è misurato sull'integrazione non sventolata quale bandiera del proprio progresso ideologico, ma quale necessità reale e fondante ogni possibile operatività.

All'iniziativa ha aderito, da protagonista, con coraggio e competenza l'Asl Caserta 2 col gruppo di operatori (dottori Palmieri e Spagnolo) ed utenti coordinati dal dottor d'Amore, Direttore del Dipartimento per le Tossicodipendenze. Un connubio per certi versi senza precedenti perché è più facile connettersi superando distanze culturali e storico-sociali evidenti, che volgere lo sguardo al tuo fianco ed arricchire la propria professionalità ed umanità scoprendo e tollerando le differenze di chi vive così vicino.

Vecchio assunto, per cui è più facile essere intimi con gli estranei che con chi condivide la quotidianità a stretto contatto.

Ma se la competizione lascia il campo alla cooperazione reale e non di facciata, lo scambio diviene magia del possibile, che si consuma sull'acquisizione delle differenze e non sulla valutazione o perdita delle proprie specificità.

Trieste e la Campania... dal contatto quasi casuale di queste realtà, geograficamente lontane, ma idealmente vicine, prende concretezza il progetto: ritrovarsi a Napoli e a Caserta, con i ragazzi campani e triestini, che porteranno sul palco una rappresentazione teatrale congiunta.

È un progetto integrato, che vuole riunire le diverse storie personali con gli aspetti di una "cura" che, nel quotidiano operare, possono talvolta rischiare di rimanere separate e scisse, con il

rischio di portare ad un fallimento del nostro intervento: nel progetto invece sono riuniti gli utenti, le famiglie, gli operatori. La competenza tecnica non prescinde dalla possibilità di provare e condividere emozioni, d'essere se stessi in modo completo. Il viaggio a Napoli, così, diviene un viaggio simbolico verso una dimensione, che è nostra, dentro di noi, che non va dimenticata.

Diario di un'utopia vissuta allo specchio

Quattro giorni vissuti insieme. Una casa che diviene dimora, focolare dell'emozionalità non contenuta, non contenibile, perché accolta senza riserve. L'unità di misura delle emozioni è il tempo vissuto.

Il 1° novembre siamo in una scuola, la Nicola Romeo di Casavatore, "i triestini", come li chiameranno i nostri da quel giorno in poi, sono arrivati da quel giorno in poi, sono arrivati da poco. Hanno viaggiato tutta la notte ma la stanchezza nell'incontrarci si dissolve magicamente. Rimane lo smarrimento di qualcuno dei nostri che s'inventa animatore, di molti dei loro che vogliono ancora negare il problema che li ha portati a frequentare un Ser.T., le storie sembrano uguali e nello scoprire le comunanze si vengono ad evidenziare le differenze. Ci incontreremo stasera ed ogni ulteriore smarrimento avrà il colore, il sapore e le parole dell'intimità e svanirà, al tramonto, quando dopo aver mangiato insieme, improvviseremo un gruppo di "benvenuto" toccante e impreveduto, in cui il Direttore Sanitario dell'Asl NA 3 Attilio Bianchi, si tuffa nella promessa di partecipare ad una seduta di psicoterapia di gruppo "fuori da ogni ruolo e posizione gerarchica" al Ser.T. di Casavatore. Un intervento che segna profondamente molti dei nostri ragazzi che hanno da sempre vissuto "i vertici" aziendali quando non interessati addirittura ostici. Ora tutto è capovolto. In un gioco di "messa in discussione di sé", tutto è auspicabile e possibile. La realtà si struttura a partire dalla fantasia.

E non c'è nulla di più reale di una fantasia in cui si crede.

1 novembre

L'accoglienza dei "napoletani" è travolgente. Impossibile sottrarsi al calore di quegli abbracci. I sapori dei cibi, con amore preparati dalle mamme triestine e napoletane, si fondono e si confondono con le prime parole, le prime lacrime. Abbiamo viaggiato tutta la notte. Già fin dalle prime ore, i disagi del viaggio e della notte insonne sono stati rad-

dolciti dalle "cure" delle mamme (le loro torte fatte in casa, come nelle feste di compleanno, risvegliano in noi antiche nostalgie). Iniziano così le prime confidenze, le prime complicità, cominciamo a conoscerci di più, a toglierci abiti a volte troppo stretti (i nostri ruoli).

Il punto nodale di quest'evento è il gruppo psicoterapeutico integrato. Tosicomani, familiari, operatori, volontari e tirocinanti, amici, l'umanità intera e variegata se fosse possibile, è stata invitata al convivio dell'essenza sublime delle emozioni.

Aversa, Dipartimento Dipendenze-Centro trilly

È il 2 novembre. La stanza è grande eppure si riempie. Siamo una sessantina d'anime e cuori pronti a palpitarci. Nessun luogo è così lontano da non poter essere raggiunto dall'emozione, che il solo fatto di esserci, produce.

Il gruppo è una cassa di risonanza. Dalla "massa indifferenziata" di Freud al gruppo come stato mentale in Bion. Concordiamo con Pagès quando dice che un gruppo è sempre "uno stato affettivo". Un'affettività che amplifica e dettaglia ad un tempo. Costituisce la possibilità di presentificare, nell'integrazione d'utenti con storie diversissime, il passato di qualcuno con il futuro di qualcun altro. La prospettiva irrinunciabile di avere a che fare con se stesso, partendo contemporaneamente da me e dal ME che è nell'Altro. Più tempi, insieme, tenuti stretti dalla possibilità e dalla necessità di condividere pezzo a pezzo, morso a morso, abbraccio per abbraccio, la propria umanità.

Il modello di riferimento è l'integrazione dell'epistemologia sistemico-relazionale con la fenomenologia. L'ottica della complessità che smette d'essere ricerca nell'astratto e diviene operatività, concretezza del pensiero (Bocchi e Ceruti, 1988). Un'integrazione che prima di consumarsi nell'operatività dell'intervento terapeutico deve essere vissuta dentro se stessi. Non può esserci, riteniamo, infatti, una vera e propria contaminazione ed integrazione, se essa non avviene anche su piani più personali. L'integrazione prevede, cioè, persone integrate e possibilmente... "integre", rimandando all'etimologia della parola "integrare" che vuol dire "rendere completo".

Due mamme triestine si sono invitate al centro del gruppo, due "tossici" come amano definirsi (segno di una sufficiente accettazione della propria condizione di dipendenza e segno inevitabile di un necessario atto di presa in cura di sé), si sono collocati alle loro spalle, a

fare da sostegno, da contenimento, alle lacrime che sono venute fuori non previste eppure, nel momento in cui sono state accolte e condivise, istantaneamente "desiderate". Il gruppo è partito, la velocità d'inabissamento nel gorgo emozionale si è amplificata, parola dopo parola, mano nella mano. Siamo scesi tutti insieme, chi ha parlato e chi ha taciuto, chi ha gridato il proprio nome, per delineare ancora una volta la possibilità di tornare ad essere una persona intera.

Nel pomeriggio si sono tenute le prove generali per la rappresentazione teatrale. Il lavoro della seduta del mattino ha cominciato ad ex-sistere (stare fuori), dal momento in cui la seduta è terminata.

Perché ogni psicoterapia inizia veramente solo quando finisce.

2 novembre

L'esperienza del gruppo psicoterapeutico integrato è, questa volta, particolarmente intensa, per la presenza oltre che degli utenti e degli operatori, anche delle famiglie. È sorprendente la facilità con cui le persone riescono ad affrontare il proprio dolore, a narrare un pezzo della loro storia, in presenza di tante altre persone sconosciute fino ad un attimo prima. Colpisce il silenzio con cui sempre esordisce il gruppo, scandito solo dalle parole introduttive del conduttore. È come un abbraccio confidenziale, in cui senti che puoi immergerti, puoi lasciarti andare (penso alla "fiducia di base" di cui parla M. Mahler). È possibile qui rivivere mancanze, ferite recenti ed antiche, liberare e condividere il dolore, e così trarne consolazione. Il gruppo è divenuto un "contenitore d'affetti", propone gesti e vicinanza già sperimentate: l'abbraccio, il tocco, lo stringersi le mani, l'esser presi in braccio (inevitabile pensare all'holding di cui parla D. Winnicott). La narrazione degli attori al centro della scena è con-vissuta dagli "spettatori" nel cerchio, in un gioco d'identificazioni (ora ti senti figlio, ora genitore, se vuoi puoi entrare in scena: sostenere ed esser sostenuto). Il rischio d'eccessiva fusione è evitato dai rituali proposti dal conduttore, che consentono gradualmente di individuarsi e differenziarsi. Tornati a Trieste, operatori, utenti, familiari riferiscono un'esperienza straordinaria, che li ha toccati profondamente. Tutti riferiscono di esserne stati trasformati e gli utenti riportano nelle sedute terapeutiche individuali o nei gruppi, nuovi elementi di comprensione di sé, del rapporto con i propri figli o, specularmente, con i genitori. Tutti vorrebbero ripetere l'esperienza e ne provano un'intensa nostalgia.



Il 3 novembre. Davanti al teatro c'è molta gente. I ragazzi sono dentro. Una rappresentazione teatrale non è mai solamente uno spettacolo, per ciascuno dei ragazzi è un'occasione. Qualcuno è in affido al Ser.T. ha dovuto saltare le prove per firmare dai carabinieri, qualcun altro rischia di essere arrestato al ritorno stesso dalla performance teatrale. Oggi però ognuna di queste cose è lontana dalla mente. I ragazzi sono semplicemente "stupefatti". Gli "stupefatti" oggi, sono gli spettatori.

3 novembre Teatro Cimarosa-Aversa
Guardando lo spettacolo "Le fa male qui", e la straordinaria bravura degli attori, sembra impossibile che i ragazzi campani e triestini siano riusciti a recitare, così bene integrati, avendo provato lo spettacolo a distanza di chilometri, senza conoscersi e con un'unica prova congiunta (non virtuale), il pomeriggio antecedente alla rappresentazione. Miracoli del regista-scrittore Pino Roveredo, degli educatori, della voglia di vivere dei ragazzi, della volontà di esserci, da protagonisti.

Oggi sono loro, i "tossici", ad insegnarci qualcosa. Il teatro di Pino, con il suo caleidoscopio emozionale, la tossicodipendenza (ancora un altro "pretesto!") ci offre ancora un'occasione: quella di confrontarci con la nostra condizione umana, inevitabilmente legata al dolore, alla solitudine, al vuoto.

Ma così come sulla scena, la tristezza si alterna al sorriso, il dramma alla risata, oggi i ragazzi ci fanno vivere, in presa diretta, la bellezza dell'incontro con l'altro, con cui possiamo condividere la fatica, l'impegno, la gioia, la bellezza di esistere.

Penso allo sforzo sostenuto, come sempre, dietro le quinte, dagli educatori. Figura dimenticata o sottovalutata (non sempre prevista negli "organici"), quella dell'educatore nei nostri Servizi, che riveste invece un ruolo essenziale: è persona "vicina" agli utenti (a volte quasi un sostituto genitoriale o fraterno). Varrebbe la pena di valorizzare e sostenere di più queste persone, molte delle quali danno ancora senso ad una parola che non si usa più: dedizione.

Il 4 di novembre è il giorno della partenza. I ragazzi del Centro Diurno Gulliver (gestito dalla cooperativa sociale il Millepiedi) e del Ninive (Asl NA 3) hanno fatto da ciceroni per la visita guidata a Napoli, hanno sbirciato qua e là sulle guide ufficiali della città e poi hanno attinto a piene mani su quelle non ufficiali ma genetiche della propria identità.

Ci si dice "arrivederci" come nella migliore tradizione di certe canzoni di un tempo, i visi sono ancora pervasi dall'emozione dei giorni vissuti insieme, c'è chi chiede di restare, ancora un poco, chi vuole affrettare la partenza perché questo abbrevierebbe il percorso della nostalgia. C'è chi il proprio saluto lo demanda ad un sms: sublime codardia della presenza-assenza.

Forse metteremo su un percorso formativo per quanti volessero sperimentare ed eventualmente far proprio l'approccio emozionale gruppale, con gli operatori e i familiari di Trieste e forse con quelli di Caserta 2. Stiamo preparando, come per le gare sportive, la partita di ritorno, quando saliremo al nord per scambiarci ancora la nostra meravigliosa diversità.

4 novembre

I saluti, al Centro Diurno Gulliver, hanno il tono di un arrivederci. È impensabile l'idea di perdersi.

Il viaggio di ritorno a Trieste è accompagnato da tanti gesti prima sconosciuti; si sperimenta una nuova vicinanza, una nuova complicità: scambi d'abbracci, tocchi lievi, desiderio di conoscersi di più.

Gli utenti riferiranno di aver scoperto nuovi aspetti di noi operatori: l'umanità, che può apparire congelata nella rigidità dei ruoli, l'amore che mettiamo nella cura.

Gli operatori riferiranno un'esperienza d'arricchimento professionale ed umano. Il confronto con altre pratiche ci costringe a ripensare alle nostre, a fare nuove verifiche, a tentare nuove strade formative e di prassi. In un campo come quello della tossicodipendenza, dove spesso l'operatore si trova

intrappolato da meccanismi istituzionali schiacciati (il controllo sociale), il poter sperimentare un contatto tra colleghi, con le famiglie, con gli utenti, improntato sulla condivisione e sull'empatia, consente a noi operatori di riavvicinarci ad una dimensione del Sé, più genuina ed autentica, talora mascherata per paura (del contagio emotivo, delle manipolazioni dell'utente). Paura che può bloccare in noi potenzialità, energie positive, creatività. I genitori infine, oltre ad una nuova comprensione e condivisione della problematica dei loro figli, hanno potuto verificare in questi quattro giorni, attraverso il contatto quotidiano con i ragazzi del Gulliver, (meravigliosi nostri maestri, guide competenti e protettive) come sia possibile, seppur con fatica, uscire da una condizione di dipendenza e disagio anche estremo. I ragazzi di Napoli, con le loro storie difficili, ma con il loro essere uomini e donne completi, pronti a darsi per gli altri, divenuti saggi e forti, dopo percorsi di vita difficilissimi, ci hanno ricordato, che la parola **speranza** ha ancora un senso.

Per tutto questo vale la pena continuare ad impegnarci con i nostri progetti. E se un progetto è come una casa, ancora da completare, da abbellire, da abitare... facciamo in modo che sia una casa comune.

*Perché un progetto è come una casa.
E una casa la devi vivere fino in fondo,
per poter dire che è veramente tua.*

Daniela Zamataro, Pietro Scurti

Bibliografia

- Freud S., *Psicologia delle masse ed analisi dell'io*, vol. 9, Torino, Boringhieri, 1921.
- Winnicott D.W., *Sviluppo, affettivo e ambiente*, Londra, 1955, ed. it. Armando, 1970.
- Bion W.R., *Experiences in groups*, London, Tavistock; trad. it. *Esperienze nei gruppi*, Roma, Armando, 1971.
- Mahler S., Pine F. e Bergman A., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, 1978.
- Cantrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti*, Carocci, 1983.
- Olievenstein C., *Destin du toxicomane*, Paris, 1983, ed. it. Borla, 1993.
- Pages M., *La vie affective des groupes*, Paris, Dunod, II ed. 1975; trad. it. *L'esperienza affettiva dei gruppi*, Roma, Borla, 1991.
- Di Petta G. e Scurti P., *Merci Madame - eroine vite - Dante e Descartes*, Napoli, 2001.
- Scurti P., Di Petta G. e Fallace P., "Tossicodipendenza e gruppaltà integrata: verso un possibile modello d'intervento", *Salute e Prevenzione*, n. 28, 2001, FrancoAngeli, Milano.
- Scurti P., "Il gruppo come rito di passaggio: esperienza in un centro diurno per tossicodipendenti", *Salute e Prevenzione*, n. 31, 2002, FrancoAngeli, Milano.

La prevenzione: principi generali e linee guida del NIDA*

a cura di *Pietro Fausto D'Egidio per conto della Agenzia SEDES - Perugia*

I giovani di oggi affrontano molti rischi, incluso l'abuso di droghe, la violenza e l'HIV/AIDS.

Reagire a questi rischi prima che diventino problemi può essere difficile. Uno degli scopi dell'Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe (NIDA) è aiutare la popolazione a capire le cause che portano all'abuso di droga e prevenirne l'inizio. L'abuso di droga comporta serie conseguenze nelle nostre case, nelle scuole e nelle comunità. Secondo la prospettiva di questo rapporto, è considerato abuso di droga l'uso di sostanze illecite e l'uso improprio di sostanze lecite.

La scienza della prevenzione negli ultimi anni ha fatto grandi progressi. Molti interventi di prevenzione sono testati in ambienti del "mondo reale", così da poter essere adattati più facilmente all'utilizzo delle comunità. I ricercatori stanno studiando una più ampia gamma di popolazioni target e di tematiche. Per esempio hanno identificato interventi efficaci con le popolazioni più giovani finalizzati ad aiutare a prevenire comportamenti a rischio prima che si verifichi l'abuso di droghe.

Stanno inoltre studiando gli adolescenti più grandi che fanno già uso di droghe, per prevenire ulteriori abusi o la tossicodipendenza. Sono allo studio questioni concrete come le analisi di *costo-beneficio*. Presentare i risultati di questi studi al pubblico è una delle maggiori responsabilità del NIDA.

Il rapporto introduce il concetto della "prevenzione basata sulla ricerca", con domande e risposte sui fattori di rischio e di protezione, sulla programmazione e implementazione di interventi nella comunità e 16 principi per la prevenzione, che derivano da studi di efficacia sulla prevenzione dell'abuso di droghe. Sono presenti anche esempi di programmi di prevenzione esaminati dal progetto. Lo scopo è aiutare gli operatori della prevenzione ad utilizzare i risultati delle ricerche per contrastare l'abuso di droghe tra bambini ed adolescenti nelle diverse comunità del paese.

Tra gli studiosi della prevenzione delle dipendenze si sta centrando l'attenzione sui rischi per un successivo abuso di droghe e altri problemi del comportamento che si presentano durante lo sviluppo del bambino. Gli interventi di prevenzione, disegnati e testati per rispondere ai rischi, possono aiutare i bambini nei vari stadi della loro crescita. Gli studiosi hanno trovato sistemi efficaci, lavorando in modo più metodico con le famiglie, le scuole e le comunità, per aiutare le persone ad acquisire le capacità e gli approcci necessari per fermare i comportamenti problematici prima ancora che avvengano. Molti studi dimostrano che interventi precoci possono prevenire molti comportamenti a rischio negli adolescenti.

Principi per la prevenzione

Questi principi per la prevenzione, riesaminati, sono derivati dagli studi finanziati dal NIDA (Istituto Nazionale sull'Abuso delle Droghe) sulle origini dei comportamenti di abuso di droghe e da elementi comuni rilevati nella ricerca sui programmi preventivi efficaci.

* Traduzione di *Kathy Mahan*.

Autorizzazione alla traduzione e alla pubblicazione: National Institute on Drug Abuse, dal volume: "Prevenire l'uso di droghe tra bambini ed adolescenti. Una guida basata sulla ricerca per genitori, educatori e leader della comunità", seconda edizione.

I genitori, gli educatori e i leader della comunità possono utilizzare questi principi per aiutare e guidare le loro riflessioni, programmazioni, selezioni, e definire i programmi di prevenzione dell'abuso di droga a livello della comunità.

Le raccomandazioni che seguono ciascun principio sono frutto dell'attuale ricerca.

Fattori di rischio e fattori di protezione

Principio 1

I programmi di prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (Hawkins *et al.* 2002).

Il rischio di diventare un consumatore di droga implica il rapporto fra il numero e il tipo di fattori di rischio (per es. attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (per es. sostegno parentale) (Wills e McNamara *et al.* 1996).

Il potenziale impatto dei rischi specifici e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, i fattori di rischio all'interno della famiglia hanno un maggior impatto sui figli più giovani, mentre l'associazione fra pari con consumatori di droga potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente (Gerstein e Green 1993; Kumpfer *et al.* 1998).

Un intervento precoce sui fattori di rischio (per es., comportamenti aggressivi ed auto-controllo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente, modificando il percorso di vita di un ragazzo per portarlo dai problemi verso comportamenti positivi (Ialongo *et al.* 2001).

Sebbene i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi, essi possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente (Beauvais *et al.* 1996; Moon *et al.* 1999).

Principio 2

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco (Johnston *et al.* 2002).

Principio 3

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati (Hawkins *et al.* 2002).

Principio 4

I programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche caratteristiche della popolazione o gruppo quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del Programma (Oetting *et al.* 1997).

Programmazione della prevenzione

Programmi familiari

Principio 5

I programmi di prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero accrescere il collegamento e le relazioni familiari e includere le

abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe (Ashery *et al.* 1998).

Il collegamento familiare è il fondamento delle relazioni fra genitori e figli. Esso può essere potenziato attraverso la promozione delle capacità genitoriali di sostegno ai figli, della comunicazione genitori-figli e del coinvolgimento parentale (Kosterman *et al.* 1997).

- La supervisione e il monitoraggio parentale sono fattori critici per la prevenzione dell'abuso di droghe. Queste capacità possono essere potenziate con una formazione che aiuti a stabilire delle regole; tecniche per il "monitoraggio" delle attività; elogio per comportamenti appropriati; una disciplina moderata e coerente che rafforzi regole familiari ben definite (Kosterman *et al.* 2001).
- L'informazione ed educazione sulle droghe per genitori o *caregivers* rafforza ciò che i figli stanno apprendendo circa gli effetti dannosi delle droghe e apre alla famiglia l'opportunità di discutere sull'abuso di sostanze legali ed illegali (Bauman *et al.* 2001).
- Interventi brevi per la popolazione generale, focalizzati sulla famiglia, possono modificare positivamente specifici comportamenti genitoriali, riducendo i rischi successivi di abuso di droga (Spoth *et al.* 2002b).

Programmazione scolastica

Principio 6

Possono essere messi a punto programmi di prevenzione per intervenire in età prescolare, indirizzandoli verso fattori di rischio per l'abuso delle droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche (Webster-Stratton 1998; Webster-Stratton *et al.* 2001).

Principio 7

Dovrebbero essere posti come obiettivo programmi di prevenzione per i bambini della scuola elementare che perfezionino l'apprendimento scolastico e socio-emotivo, indirizzati verso fattori di rischio per abuso di droga quali: aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti capacità (Ialongo *et al.* 2001; Conduct Problems Prevention Work Group 2002b):

- autocontrollo;
- consapevolezza emotiva;
- comunicazione;
- soluzione di problemi sociali;
- supporto scolastico, specialmente nella lettura.

Principio 8

I programmi di prevenzione per studenti della scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo delle seguenti capacità (Botvin *et al.* 1995; Scheier *et al.* 1999):

- attitudine allo studio e supporto scolastico;
- comunicazione;
- relazioni con i pari;
- auto-efficacia e affermazione di sé;
- capacità di resistere all'uso di droghe;
- rafforzamento delle attitudini antidroga;
- potenziamento dell'impegno personale contro l'abuso di droga.

Programmi per la comunità

Principio 9

I programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio.

Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio e quindi riducono le etichettature e promuovono il collegamento con la scuola e la comunità (Botvin *et al.* 1995; Dishion *et al.* 2002).

Principio 10

I programmi di prevenzione per la comunità che associano due o tre programmi efficaci, quali quelli basati sulla famiglia e sulla scuola, possono essere più proficui di un singolo programma (Battistich *et al.* 1997).

Principio 11

I programmi di prevenzione per la comunità che raggiungono popolazioni in ambienti multipli – per esempio le scuole, le associazioni, le organizzazioni religiose e i media – sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente messaggi coerenti e aperti alla comunità (Chou *et al.* 1998).

Definizione del programma di prevenzione

Principio 12

Quando le comunità adattano i programmi affinché corrispondano ai loro bisogni, alle norme della comunità o alle differenti richieste culturali, dovrebbero mantenere elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca (Spoth *et al.* 2002b) che includano:

- struttura (come è organizzato e costruito il programma);
- contenuto (le informazioni, le capacità e le strategie del programma);
- definizione (come il programma è adattato, implementato e valutato).

Principio 13

I programmi per la prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (per es.: programmi di richiamo) per rinforzare gli scopi preventivi originali.

La ricerca mostra che i benefici ottenuti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono in mancanza di programmi di follow-up nella scuola superiore (Scheier *et al.* 1999).

Principio 14

I programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle prassi per una buona gestione della classe, come premiare comportamenti appropriati dello studente.

Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, i risultati, le motivazioni scolastiche e il collegamento con la scuola (Ialongo *et al.* 2001).

Principio 15

I programmi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, quali i gruppi di discussione fra pari, nei quali i ragazzi interpretano i genitori in giochi di ruolo, che consentono un coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità (Botvin *et al.* 1995).

Principio 16

I programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiose. I recenti studi dimostrano, come anche quelli precedenti, che per ciascun dollaro investito nella prevenzione si può vedere un risparmio anche fino a \$ 10 nel trattamento per abuso di alcol o altre sostanze (Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos *et al.* 2001; Spoth *et al.* 2002a).

Capitolo 1 - Fattori di rischio e fattori di protezione

Questo capitolo descrive: come i fattori di rischio e quelli protettivi influenzino i comportamenti di abuso di droghe; i segnali precoci di rischio; le transizioni come periodi ad alto rischio; esempi generali di abuso di droghe fra bambini e adolescenti. Un focus importante è su come i programmi di prevenzione possono rafforzare la protezione o intervenire per ridurre i rischi.

Quali sono i fattori di rischio e i fattori di protezione?

Gli studi di oltre venti anni hanno provato a determinare le origini e i percorsi dell'abuso di droga e della dipendenza: come inizia il problema e come progredisce. Sono stati identificati molti fattori che aiutano a differenziare le persone che più probabilmente abuseranno di droghe dalle persone meno vulnerabili all'abuso di droghe. I fattori associati ad una maggiore propensione all'abuso di droga sono chiamati fattori di "rischio", mentre quelli associati ad una ridotta propensione all'abuso sono chiamati fattori di "protezione". Vi preghiamo di notare che, comunque, la maggior parte degli individui a rischio d'abuso di droghe non inizia ad usarne né diventa dipendente. Inoltre, un fattore di rischio per una persona potrebbe non esserlo per un'altra.

Come visto nell'Introduzione, i fattori di rischio e di protezione possono avere un effetto sui bambini lungo una *traiettoria o percorso a rischio* durante tutta la fase di crescita. Questo percorso rivela come i rischi si manifestino nei differenti stadi della vita di un bambino.

Per esempio, i rischi precoci, quali un comportamento aggressivo o fuori controllo, potrebbero manifestarsi in un bambino molto piccolo.

Se non affrontati con azioni positive da parte dei genitori, questi comportamenti possono condurre a rischi ulteriori quando il bambino inizia la scuola.

Il comportamento aggressivo a scuola può condurre verso il rifiuto da parte dei coetanei, punizioni degli insegnanti e fallimenti scolastici. Di nuovo, se non affrontati attraverso interventi di prevenzione, questi rischi possono portare a comportamenti più diretti che pongono il ragazzo a rischio di abuso di droghe, quali saltare la scuola e associarsi a coetanei che fanno abuso di droghe.

Focalizzando i percorsi a rischio, i programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono intervenire precocemente nello sviluppo del bambino, per rafforzare i fattori di protezione e ridurre i rischi molto prima che evolvano in problemi comportamentali.

La tab. 1 fornisce un quadro per definire i fattori di rischio e di protezione in cinque sfere o ambienti. Queste sfere possono poi servire come focus per la prevenzione. Come suggeriscono i primi due esempi, alcuni fattori di rischio e di protezione si escludono reciprocamente – la presenza dell'uno comporta l'assenza dell'altro. Per esempio, nella sfera Individuale, il precoce comportamento aggressivo, un fattore di rischio, indica l'assenza del controllo dell'impulso, un fattore protettivo chiave.

Aiutare un bambino piccolo ad imparare a controllare i comportamenti impulsivi, è un focus di alcuni programmi di prevenzione.

Altri fattori di rischio e di protezione sono indipendenti l'uno dall'altro, come dimostrato nella tabella – per esempio - nelle sfere pari, scuola e comunità. Per esempio, nella sfera della scuola, le droghe potrebbero essere disponibili anche se la scuola attua "regole antidroga". Un intervento potrebbe essere rinforzarne l'applicazione così che le regole della scuola creino l'ambiente scolastico voluto.

Tab. 1

Fattori di rischio	Sfera	Fattori di protezione
Comportamento precoce aggressivo	Individuale	Controllo dell'impulso
Mancanza della supervisione genitoriale	Famiglia	Monitoraggio genitoriale
Abuso di sostanze	Coetanei/pari	Competenze scolastiche
Disponibilità di droga	Scuola	Regole antidroga
Povertà	Comunità	Forte attaccamento al quartiere

I fattori di rischio per l'abuso di droga rappresentano sfide per lo sviluppo emotivo, sociale e scolastico dell'individuo. Questi fattori di rischio possono produrre effetti diversi che dipendono dai tratti della personalità dell'individuo, dalla fase di sviluppo e dall'ambiente. Per esempio, molti rischi seri, quali il precoce comportamento aggressivo e lo scarso rendimento scolastico, potrebbero indicare che un bambino è in un percorso di sviluppo negativo, che lo porta verso problemi di comportamento. Un intervento precoce, comunque, può aiutare a ridurre o ad invertire questi rischi e modificare il percorso di sviluppo del bambino.

Per i bambini che già mostrano seri fattori di rischio, interventi ritardati fino all'adolescenza renderanno probabilmente più difficile il superamento dei rischi. Dall'adolescenza, i comportamenti e le attitudini dei figli sono ben radicati e non facilmente modificabili.

I fattori di rischio possono influenzare l'abuso di droga in parecchi modi. Essi potrebbero essere diversi: a più rischi il bambino è esposto, più probabile sarà l'abuso di droghe. Alcuni fattori di rischio sono particolarmente potenti, tuttavia potrebbero non avere influenza sull'abuso di droga, a meno che non prevalgano indubbie condizioni. Avere una storia familiare di abuso di sostanze, per esempio, mette a rischio d'abuso di droghe il bambino.

Comunque, in un ambiente senza abuso di droga fra pari e forti norme antidroga, è meno probabile che quel bambino diventi un consumatore di droga; e la presenza di molti fattori di protezione può diminuire l'impatto con alcuni fattori di rischio.

Per esempio, una forte protezione – quale il sostegno e coinvolgimento familiare – può ridurre l'influenza di forti rischi, quali avere pari che abusano di sostanze.

Uno scopo importante della prevenzione, poi, è quello di cambiare l'equilibrio fra fattori di rischio e di protezione così che questi ultimi prevalgano su quelli di rischio.

I principi

Principio 1

I programmi di prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (Hawkins *et al.* 2002).

- Il rischio di diventare un consumatore di droga implica il rapporto fra il numero e il tipo di fattori di rischio (per es. attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (per es. sostegno parentale) (Wills e McNamara *et al.* 1996).
- Il potenziale impatto dei rischi specifici e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, i fattori di rischio all'interno della famiglia hanno un maggior impatto sui figli più giovani, mentre l'associazione fra pari con consumatori di droga potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente (Gerstein e Green 1993; Kumpfer *et al.* 1998).
- Un intervento precoce sui fattori di rischio (per es., comportamenti aggressivi ed auto-controllo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente, modificando il percorso di vita di un ragazzo per portarlo dai problemi verso comportamenti positivi (Ialongo *et al.* 2001).
- Sebbene i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi, essi possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente (Beauvais *et al.* 1996; Moon *et al.* 1999).

Principio 2

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco (Johnston *et al.* 2002).

Principio 3

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati (Hawkins *et al.* 2002).

Principio 4

I programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche caratteristiche della popolazione o gruppo quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del Programma (Oetting *et al.* 1997).

Le differenze di genere potrebbero influenzare come un individuo reagisce ai fattori di rischio. La ricerca sulle relazioni all'interno della famiglia dimostra che le ragazze adolescenti rispondono positivamente al sostegno e alla disciplina genitoriale, mentre i ragazzi adolescenti a volte rispondono negativamente. La ricerca su comportamenti precoci a rischio nell'ambiente scolastico dimostra che il comportamento aggressivo nei ragazzi e le difficoltà di apprendimento nelle ragazze sono le cause primarie di scarse relazioni fra pari.

Queste scarse relazioni, a loro volta, possono indurre ad un rifiuto sociale, ad un'esperienza scolastica negativa ed a comportamenti problematici incluso l'abuso di droghe.

Quali sono i segnali precoci di rischio che potrebbero preannunciare il successivo abuso di droga?

Alcuni segnali di rischio possono essere visti anche nell'infanzia. I tratti della personalità dei bambini o il loro temperamento possono metterli in posizione di aumentato rischio per un successivo abuso di droga.

Ragazzi introversi e aggressivi, per esempio, spesso mostrano problemi di comportamento nell'interazione con le loro famiglie, i pari ed altri che incontrano negli ambienti sociali. Se questi comportamenti continuano, essi condurranno probabilmente ad altri rischi.

Questi rischi possono includere fallimenti scolastici, rifiuto precoce da parte dei pari e più tardi affiliazione a pari devianti, spesso il rischio più immediato per l'abuso di droghe nell'adolescenza. Gli studi hanno dimostrato che bambini dai 7 ai 9 anni, con scarsa performance scolastica e comportamento sociale inadeguato, sono i più probabili ad essere coinvolti nell'abuso di sostanze dall'età di 14 o 15 anni.

Nella famiglia

Le prime interazioni dei bambini avvengono all'interno della famiglia e possono essere positive o negative.

Per tale ragione, i fattori che incidono sul primo sviluppo all'interno della famiglia sono probabilmente quelli cruciali.

È più probabile che i bambini sperimentino il rischio quando sussiste:

- mancanza di reciproco attaccamento e attenzioni da parte dei genitori o dei *caregivers*;
- genitori inefficaci;
- un ambiente familiare caotico;
- mancanza di una relazione significativa con un adulto premuroso;
- un *caregiver* che abusa di sostanze, affetto da malattia mentale o con comportamenti criminali.

Queste esperienze, specialmente l'abuso di droghe e altre sostanze da parte di genitori o altri *caregivers*, possono ostacolare il collegamento alla famiglia e minacciare i sentimenti di sicurezza di cui i bambini hanno bisogno per uno sviluppo sano. D'altra parte, le famiglie possono avere una funzione protettiva quando sussiste:

- un forte legame fra i bambini e le loro famiglie;
- un coinvolgimento genitoriale nella vita del figlio;
- un sostegno genitoriale che risponda ai bisogni economici, emotivi, cognitivi e sociali;
- limiti chiari e applicazione di una coerente disciplina.

Infine, durante lo sviluppo, periodi critici o delicati potrebbero innalzare l'importanza dei fattori di rischio o di protezione.

Per esempio, il reciproco attaccamento e il collegamento fra genitori e figli scaturisce nella prima infanzia. Se viene meno durante la fase di sviluppo citata, è improbabile che nella vita del figlio si svilupperà in seguito un forte attaccamento positivo.

Fuori dalla famiglia

Altri fattori di rischio si collegano alla qualità delle relazioni dei bambini in ambienti esterni alla famiglia, quali la scuola, i pari, gli insegnanti e la comunità.

Le difficoltà in questi ambienti possono essere cruciali per lo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale del bambino.

Alcuni di questi fattori di rischio sono:

- comportamento inadatto in classe, quale aggressività e impulsività;
- fallimento scolastico;
- scarse capacità sociali;
- associazione con pari con problemi di comportamento, incluso l'abuso di droghe;
- percezioni errate circa la diffusione e accettabilità dei comportamenti di abuso di droga nella scuola, tra i pari e negli ambienti della comunità.

L'associazione con pari che fanno abuso di droga è spesso il rischio più immediato, che espone gli adolescenti all'abuso di droga ed a comportamenti delinquenziali. La ricerca ha dimostrato, però, che affrontare tali comportamenti negli interventi può essere difficile. Per esempio, un recente studio (Dishion *et al.* 2002) ha rilevato che inserire i giovani ad alto rischio in interventi di gruppo fra pari ha dato esito negativo.

L'attuale ricerca sta esplorando il ruolo che adulti e pari positivi possono assumere per evitare tali risultati in interventi futuri.

Altri fattori – quali la disponibilità di droga, come viene "trafficata" la droga e l'idea che l'abuso di droga sia generalmente tollerato – sono anch'essi fattori di rischio che possono influenzare le persone giovani e indurle a iniziare l'abuso di droghe.

La famiglia ha un ruolo importante nel dare protezione ai figli quando sono coinvolti in attività fuori dalla stessa. Quando i figli sono fuori dall'ambiente familiare, i fattori protettivi salienti sono:

- "supervisione" genitoriale dei comportamenti sociali appropriata per l'età, incluso stabilire l'orario di rientro, assicurare la supervisione di un adulto alle attività fuori casa, la conoscenza degli amici del figlio e il rafforzamento delle regole della casa;
- successo nelle attività scolastiche e coinvolgimento in attività extracurricolari;
- forti legami con istituzioni pro-sociali, quali la scuola e quelle religiose;
- accettazione delle norme convenzionali contro l'abuso di droghe.

Quali sono i periodi a più alto rischio per l'abuso di droga fra i giovani?

La ricerca ha evidenziato che i periodi chiave di rischio per l'abuso di droga si verificano durante le principali transizioni nella vita dei figli. Queste transizioni includono cambiamenti significativi nello sviluppo fisico (per esempio la pubertà) o situazioni sociali (quali il trasferimento o il divorzio dei genitori), quando i figli sentono una vulnerabilità intensificata rispetto ai problemi di comportamento.

La prima grande transizione per i bambini avviene quando lasciano la sicurezza della famiglia e vengono iscritti a scuola. In seguito, quando passano dalla scuola elementare alle medie inferiori spesso vivono nuove situazioni scolastiche e sociali, quali imparare a socializzare all'interno di un gruppo più ampio di pari ed avere maggiori aspettative sulle prestazioni scolastiche.

È questo il momento più probabile – l’inizio dell’adolescenza – nel quale i figli potrebbero andare incontro all’abuso di droghe per la prima volta.

Poi, quando vanno alla scuola superiore, i giovani devono affrontare ulteriori sfide di tipo sociale, psicologico ed educativo. Nello stesso tempo potrebbero essere esposti ad una maggiore disponibilità di droghe, a chi ne fa uso ed a situazioni sociali dove possono esserci droghe.

Tali sfide possono aumentare il rischio d’abuso d’alcol, tabacco e altre droghe.

Una situazione di particolare trasformazione nella tarda adolescenza è l’uscita da casa, per la prima volta, senza la supervisione genitoriale, probabilmente per frequentare il college o altre scuole. L’abuso di sostanze, in particolare l’alcol, rimane il maggior problema di salute pubblica rispetto alla popolazione universitaria.

Quando i giovani adulti entrano nel mondo del lavoro o si sposano, si confrontano nuovamente con delle sfide e tensioni che potrebbero porli in condizioni di rischio per l’alcol e altri abusi di droga, nei loro ambienti adulti. Ma queste sfide possono essere anche protettive quando le stesse presentano ai giovani delle opportunità di crescita e perseguimento di obiettivi e interessi futuri. La ricerca ha dimostrato che questi nuovi stili di vita possono servire da fattori protettivi in quanto i nuovi ruoli diventano più importanti che l’essere coinvolti nella droga.

I rischi compaiono ad ogni transizione, dalla prima infanzia alla condizione di giovani adulti; quindi i pianificatori della prevenzione hanno bisogno di considerare il loro target di audience e implementare programmi che forniscano il supporto adeguato ad ogni stadio di sviluppo. Essi inoltre hanno bisogno di considerare come possono essere rafforzati i fattori protettivi coinvolti in queste transizioni.

Quando e come inizia e progredisce l’abuso di droga?

Studi quali il *National Survey on Drug Use and Health* (Indagine Nazionale sull’Uso della Droga e la Salute), precedentemente denominato *National Household Survey on Drug Abuse* (Indagine Nazionale sull’Abuso di Droga in Famiglia), riferiti dal *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (Amministrazione dei Servizi sulla Salute Mentale e l’Abuso di Sostanze), indicano che alcuni bambini fanno abuso di droghe dall’età di 12 o 13 anni, il che probabilmente significa che alcuni potrebbero cominciare anche prima. L’abuso precoce include droghe come tabacco, alcol, inalanti, marijuana e farmaci psicoattivi. Se l’abuso di droga persiste nella tarda adolescenza, i consumatori di solito utilizzano sempre più la marijuana e poi aumentano con altre droghe illegali, mentre continuano con l’abuso di tabacco e alcol.

Gli studi hanno inoltre dimostrato che l’inizio precoce d’abuso di droga è associato ad un maggiore coinvolgimento successivo con le droghe, con uso sia delle stesse sostanze che di altre differenti. Da notare, comunque, che sia le indagini singole che quelle a lungo termine indicano che molti giovani non arrivano ad abusare di altre droghe.

Ma fra quelli che procedono, la storia d’abuso può variare secondo la disponibilità di droghe nel quartiere, il gruppo demografico ed altre caratteristiche della popolazione di consumatori. In generale, il modello d’abuso è associato ai livelli di disapprovazione sociale, di rischio percepito e alla disponibilità di droghe nella comunità.

Gli studiosi hanno proposto diverse ipotesi sul perché alcuni individui prima si coinvolgono con le droghe e poi finiscano con l’abuso.

Una spiegazione è riconducibile a cause biologiche, come una storia familiare d’abuso di droghe o alcol, che potrebbe geneticamente predisporre una persona all’abuso di droga. Un’altra spiegazione è che iniziare ad abusare di una droga potrebbe condurre ad una affiliazione a più pari consumatori di droga, i quali, a loro volta, espongono l’individuo ad altre droghe. Potrebbero essere implicati davvero molti fattori.

Sono stati identificati modelli differenti di iniziazione alla droga, basati sul genere, sulla razza o etnia e sulla localizzazione geografica. Per esempio, la ricerca ha rilevato che le circostanze in cui sono offerte droghe ai giovani, dipendono dal genere. I ragazzi generalmente ricevono più frequenti offerte di droga e ad età più precoci.

L’abuso iniziale di droga può inoltre essere influenzato dal luogo dove sono offerte le droghe, per esempio i parchi, le strade, le scuole, le case o le feste. Inoltre le droghe potrebbero essere offerte da diverse persone, inclusi per esempio i fratelli, gli amici o anche genitori.

Mentre la maggior parte dei giovani non procede oltre l’uso iniziale, una piccola percentuale aumenta rapidamente il suo abuso di sostanze. I ricercatori hanno rilevato che probabilmente sono questi giovani ad aver vissuto una combinazione di fattori di rischio ad alto livello con un basso livello di fattori di protezione. Questi adolescenti sono stati caratterizzati da un alto stress, un basso sostegno genitoriale e basse competenze scolastiche.

Comunque esistono fattori di protezione che possono arrestare la scalata verso l’abuso di sostanze. Questi fattori includono l’autocontrollo, che tende ad inibire i problemi del comportamento e spesso aumenta naturalmente con la maturazione dei bambini durante l’adolescenza. Inoltre, la struttura protettiva familiare, la personalità dell’individuo e le variabili ambientali possono ridurre l’impatto con rischi seri per l’abuso di droghe. Interventi protettivi possono fornire capacità e sostegno ai giovani ad alto rischio, per aumentare i livelli dei fattori di protezione e prevenire la scalata verso l’abuso di droga.

Quadro di azione della comunità

- **Genitori:** possono utilizzare informazioni sul rischio e la protezione per aiutarli a sviluppare azioni positive di prevenzione, prima che si manifestino i problemi (per es. parlare delle regole della famiglia).
- **Educatori:** possono rafforzare l’apprendimento e il collegamento alla scuola, affrontando i rischi di comportamenti aggressivi e la scarsa concentrazione – associati a successivo inizio dell’abuso di droga e relativi problemi.
- **Leader della comunità:** possono accertare i fattori di rischio e di protezione della comunità associati ai problemi di droga, per meglio indirizzare i servizi di prevenzione.

Capitolo 2 - Programmazione per la prevenzione dell’abuso di droghe nella comunità

In questo capitolo viene presentata una guida per aiutare le comunità nell’implementazione di programmi di prevenzione basati sulla ricerca. Fornisce delle linee per l’applicazione dei principi di prevenzione, valutando i bisogni e la maturità della comunità, motivandola ad iniziare dei processi, e valutando l’impatto dei programmi implementati. Ulteriori fonti per la programmazione sono messe in evidenza in *Risorse Selezionate e Riferenze*.

Come può la comunità sviluppare un programma di prevenzione basato sulla ricerca?

La ricerca sulla prevenzione suggerisce che un programma comunitario ben costruito include le caratteristiche delineate nello schema seguente:

Il programma comunitario

- **Individuare** le droghe specifiche ed altri problemi dei bambini ed adolescenti nella comunità.
- **Costruire** a partire dalle risorse esistenti (per es. programmi di prevenzione sull’abuso di droghe già esistenti).

- **Sviluppare** obiettivi a breve termine fondamentali per l'implementazione di programmi di prevenzione basati sulla ricerca.
- **Pianificare** obiettivi a lungo termine in modo che programmi e risorse siano disponibili per il futuro.
- **Includere** la valutazione in itinere per valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione.

Processo di programmazione

Solitamente, la programmazione inizia con un'analisi dell'abuso di droghe e di altri problemi di bambini ed adolescenti; ciò include la misurazione del livello di abuso di sostanze e l'esame del livello di altri fattori di rischio nella comunità (per es. la povertà) [vedi la sezione "Come la comunità può valutare il livello di rischio per l'abuso di droghe?" per ulteriori dettagli]. I risultati dell'analisi possono essere utilizzati per promuovere una maggiore consapevolezza della comunità sulla natura e gravità del problema e guidare la scelta dei programmi più adatti ai bisogni della comunità.

Una valutazione sulla **maturità** della comunità per la prevenzione può aiutare a individuare gli ulteriori passi necessari per educare la stessa prima di iniziare il lavoro. Servirà poi una rivisitazione dei programmi già esistenti per identificare i bisogni specifici della comunità e l'eventuale necessità di risorse in più.

Infine, la programmazione comunitaria può trarre beneficio da contributi di organizzazioni della comunità che offrono servizi ai giovani. Tenere incontri con i leader di organizzazioni per i giovani può aiutare nel coordinare idee, risorse ed esperienze per aiutare ad implementare e sostenere programmi basati sulla ricerca.

La pianificazione dell'implementazione e della sostenibilità richiede il reperimento di risorse per il management e per lo staff, per impegni di finanziamento a lungo termine e per collegamenti con sistemi di fornitura di servizi già esistenti.

Come può la comunità utilizzare i principi della prevenzione nella programmazione della prevenzione?

Diversi principi della prevenzione forniscono un efficace quadro per la programmazione della prevenzione presentando concetti chiave nell'implementazione della prevenzione basata sulla ricerca. Consideriamo, per esempio, il **Principio 3: "I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio a obiettivo modificabile e ai fattori di protezione identificati e potenziati"**. Questo principio descrive come un programma deve riflettere la realtà del problema nella comunità e, importantissimo, quello che serve per affrontarlo.

Gli impegni a livello della comunità possono essere guidati anche dal **Principio 9: "I programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione, quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio"**. Programmi strutturati con cura possono fornire servizi a tutta la popolazione, inclusi quelli ad alto rischio, senza etichettarli né stigmatizzarli.

Nell'implementazione di un programma più specifico, come uno per la famiglia all'interno del sistema educativo, i principi rispondono ad alcune delle aree di contenuto richieste, per esempio il **Principio 5 afferma che "I programmi di prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero accrescere il collegamento e le relazioni familiari e includere le abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe"**.

I principi offrono aiuto per selezionare o adattare programmi efficaci a specifici bisogni della comunità.

Tuttavia, è importante riconoscere che non tutti i programmi che sembrano in linea con questi principi di prevenzione basati sulla ricerca sono necessariamente efficaci. Per essere effica-

ci, i programmi devono includere gli elementi di base riconosciuti nella ricerca (vedi Capitolo 3). Questi comprendono: strutture e contenuto appropriati, risorse adeguate per la formazione e per i materiali e altre necessità di implementazione. Per ulteriori informazioni che aiutino le comunità nella programmazione della prevenzione e la ricerca base dei principi di prevenzione, vedi *Risorse Selezionate e Referenze*.

I principi

Principio 2

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco.

Principio 3

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati.

Principio 4

I programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche caratteristiche della popolazione o gruppo quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del Programma.

Principio 9

I programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio. Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio e quindi riducono le etichettature e promuovono il collegamento con la scuola e la comunità.

Principio 10

I programmi di prevenzione per la comunità che associano due o tre programmi efficaci, quali quelli basati sulla famiglia e sulla scuola, possono essere più proficui di un singolo programma.

Principio 11

I programmi di prevenzione per la comunità che raggiungono popolazioni in ambienti multipli – per esempio le scuole, le associazioni, le organizzazioni religiose e i media – sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente messaggi coerenti e aperti alla comunità.

Come può la comunità accertare il livello di rischio per l'abuso di droghe?

Per valutare il livello di rischio dei giovani per l'abuso di droghe, è importante:

- misurare la natura e le dimensioni dei modelli di consumo e dell'andamento dell'abuso di droghe;
- raccogliere dati sui fattori di rischio e di protezione nella comunità;
- capire la cultura della comunità e come questa incide e viene condizionata all'abuso di droghe;
- consultare i leader della comunità che lavorano nella prevenzione dell'abuso di droghe, nel trattamento, nel mantenimento dell'ordine pubblico, nella salute mentale e nelle aree correlate;
- valutare la consapevolezza della comunità sul problema;
- individuare lavori sulla prevenzione già esistenti per affrontare il problema.

I ricercatori hanno sviluppato diversi strumenti per valutare le dimensioni del problema dell'abuso di droghe nella comunità. Molti di questi strumenti valutano la natura del problema – quali sono le droghe disponibili e chi ne fa uso. Alcuni strumenti valu-

tano le dimensioni dell'abuso attraverso la stima del numero di persone che ne fanno uso. Altri valutano i fattori associati all'abuso, come il tasso di delinquenza giovanile, l'assenteismo o l'abbandono scolastico. Inoltre, hanno sviluppato strumenti che valutano lo stato individuale di rischio. È importante, quando si inizia il processo di rilevazione, raccogliere informazioni sufficienti per aiutare chi programma a livello locale a incentrare l'intervento su popolazioni e aree geografiche specifiche.

Per esempio, il sistema operativo di prevenzione **Communities That Care**, sviluppato da Hawkins e i suoi colleghi dell'Università di Washington (Hawkins *et al.* 2002), è basato su metodi epidemiologici. Viene effettuata una indagine per raccogliere dati sulla distribuzione di fattori di rischio e di protezione a livello della comunità. Questo approccio aiuta chi programma a livello locale ad individuare le aree con livelli di rischio più alti e con livelli più bassi di fattori di protezione. Questo strumento di analisi aiuta chi programma a selezionare gli interventi di prevenzione più efficaci per affrontare i rischi specifici dei quartieri.

Altre fonti di dati e strumenti di misurazione (quali i questionari) che possono aiutare nella programmazione della comunità includono le seguenti risorse:

- **Dati di pubblico accesso.** Diverse indagini di livello nazionale forniscono dati per aiutare le comunità locali a capire come sono connessi i loro problemi di droghe al quadro nazionale. Queste includono l'Indagine Nazionale sull'Uso di Droghe e Salute, il Monitoraggio dello Studio Futuro, e lo Studio sul Rischio del Comportamento Giovanile. Si possono trovare informazioni per accedere a questi dati nella sezione *Risorse Selezionate e Riferenze*.
- **Questionari di pubblico accesso.** Gli studi elencati sopra, insieme a molti altri set di dati sponsorizzati dal Governo Federale, rendono disponibili gli strumenti della raccolta dati per l'adattamento e utilizzo da parte del pubblico. Le comunità possono condurre studi locali utilizzando questi strumenti per raccogliere dati uniformi che possono essere confrontati ai risultati nazionali.
- **Dati archiviati.** Dati provenienti da file di pubblico accesso, come le scuole, i dipartimenti sanitari, i pronto soccorso degli ospedali, le agenzie di ordine pubblico e le strutture per il trattamento dell'abuso di droghe, possono essere analizzati per individuare la natura del problema locale dell'abuso di droghe così come gli altri problemi dei giovani.
- **Studi etnografici.** Approcci etnografici utilizzano processi sistematici e di osservazione per descrivere comportamenti in ambienti naturali, come studiare l'abuso di droghe nelle gang giovanili, documentando le percezioni dei ragazzi stessi.
- **Altri metodi qualitativi.** Altri metodi qualitativi, quali *focus group* con rappresentanti delle sottopopolazioni che abusano di droghe o interviste chiave con rappresentanti della comunità, possono essere utilizzati per acquisire una maggiore comprensione del problema dell'abuso a livello locale.

Dato che ognuno di questi metodi ha sia vantaggi che svantaggi, si raccomanda, risorse permettendo, di utilizzare strategie multiple per valutare il rischio della comunità e per fornire la migliore informazione possibile.

Il Gruppo di Lavoro Epidemiologia della Comunità (CEWG), un'altra fonte di dati che ebbe inizio nei primi anni '70 da NIDA e comunità a livello nazionale, è composto da ricercatori provenienti da 21 città Statunitensi che raccolgono o utilizzano dati archiviati per misurare la natura dei problemi relative alle droghe nelle loro località. I rappresentanti della CEWG incontrano il NIDA ogni due anni per informare l'Istituto e i colleghi membri del CEWG dei cambiamenti nella tendenza dell'abuso di droghe nelle loro città. Il lavoro del gruppo ha sviluppato una guida: *Guide for Community Epidemiology Surveillance Networks on Drug Abuse* per aiutare altre comunità ad utilizzare questo approccio per ottenere informazioni aggiornate sui problemi locali dell'abuso di droghe.

Utilizzare le informazioni ottenute da diverse fonti può aiutare i leader delle comunità a prendere decisioni avvedute sui programmi e le politiche. Analizzare questi dati prima di implementare nuovi programmi può anche aiutare a stabilire una *baseline* per valutare i risultati.

Per ulteriore informazione su come le comunità possono valutare il livello di rischio di abuso di droghe nelle loro comunità, vedi *Selected Resources and References*.

La comunità è pronta per la prevenzione?

L'individuazione di un livello di rischio serio in una comunità non sempre si traduce nell'essere pronti ad intraprendere un'azione. In base a studi fatti in diverse piccole comunità, i ricercatori hanno individuato nove stadi di maturità (essere pronti ad agire), che possono guidare la programmazione della prevenzione (Plested *et al.* 1999). Applicando le misure per valutare il livello di maturità, i pianificatori della prevenzione possono individuare i passi necessari per implementare i programmi (vedi tab. 2). Anche se gran parte della ricerca riguardante gli stadi di maturità delle comunità è stata svolta su comunità piccole, le comunità grandi trovano che questi stadi forniscano una struttura per descrivere i livelli di consapevolezza sulle questioni delle droghe nelle loro comunità e perciò anche il grado di maturità rispetto ad un programma di prevenzione.

La consapevolezza è accertata a due livelli: quello del pubblico (esaminando la natura e il livello di informazione sulle droghe nei mass-media) e quello dei rappresentanti (determinando se hanno preso una posizione riguardo l'abuso di droga nella comunità).

I leader della comunità possono iniziare accertando la maturità della loro comunità attraverso interviste di informatori chiave della comunità. Ulteriori fonti per la programmazione possono essere trovati nella Sezione Risorse Selezionate e Riferenze. Siti web, informazione e pubblicazioni offrono ulteriori informazioni per indirizzare gli impegni della comunità.

Come può essere motivata la comunità ad implementare programmi di prevenzione basati sulla ricerca?

I metodi necessari per motivare una comunità ad attivarsi dipendono dal livello di maturità di una particolare realtà. Per stadi di maturità più bassa sarà necessario effettuare incontri individuali e di piccoli gruppi per attirare il supporto di chi gode di grande influenza nella comunità stessa. Per livelli di maturità più alta, può essere possibile stabilire un comitato comunitario o una coalizione di leader chiave, provenienti da organizzazioni del settore pubblico e privato.

Le coalizioni comunitarie possono tenere incontri con la comunità, sviluppare campagne di educazione pubblica, presentare dati che sostengano la necessità di programmi di prevenzione basati sulla ricerca e attrarre sponsor per strategie ampie di prevenzione dell'abuso di droghe.

È necessario avere cura nell'organizzazione di una coalizione a livello della comunità per assicurare che la programmazione includa strategie e programmi basati sulla ricerca a livello individuale, della scuola e della comunità. Avere una infrastruttura di supporto che includa rappresentanti dei vari ambiti della comunità può rafforzare i messaggi di prevenzione, fornire risorse e sostenere la programmazione della prevenzione. Introdurre un curriculum di prevenzione dell'abuso di droghe nella scuola richiede un minore coinvolgimento della comunità, ma rappresenta comunque uno sforzo preventivo specifico.

La ricerca ci ha dimostrato che i programmi di prevenzione possono utilizzare i mass-media per accrescere la consapevolezza del pubblico sull'importanza del problema dell'abuso di droghe nella comunità e prevenire l'abuso tra popolazioni specifiche.

L'utilizzo di dati e relatori della comunità dimostra che il problema è reale e che necessita di azioni. Offrire alcuni esempi di programmi basati sulla ricerca, descritti nel Capitolo 4, può aiutare a mobilitare la comunità per cambiare.

Tab. 2

Valutazione della prontezza*		Azioni comunitarie
Stadio di maturità	Risposta comunitaria	Idea
1. Nessuna consapevolezza	Tolleranza relativa all'abuso di droghe	Creare motivazione. Incontrare i leader della comunità coinvolti nella prevenzione dell'abuso di droghe; utilizzare i media per individuare e parlare del problema; incoraggiare la comunità a capire come affrontare i problemi della comunità; iniziare la pre-programmazione
2. Negazione	Qui non succede niente, non si può fare niente	
3. Consapevolezza vaga	Consapevolezza, nessuna motivazione	
4. Pre-programmazione.	Consapevolezza dei leader, accenno di motivazione	
5. Preparazione	Leadership e processo decisionale attivo ed energico	Lavorare insieme. Sviluppare piani per la programmazione della prevenzione attraverso associazioni ed altri gruppi della comunità
6. Inizio	Dati usati per sostenere azioni di prevenzione	Individuare ed implementare programmi basati sulla ricerca
7. Stabilizzazione	La comunità in genere sostiene programmi esistenti	Valutare e migliorare programmi in corso
8. Conferma/allargamento	I decisori sostengono il miglioramento o l'espansione	Istituzionalizzare ed espandere i programmi per raggiungere più popolazioni
9. Professionalizzazione	Conoscenze sui problemi delle droghe nella comunità; cercare soluzioni efficaci	Mettere a disposizione programmi multidimensionali per tutte le audiences

* Plested *et al.* 1999.

Come può la comunità accertare l'efficacia degli attuali impegni per la prevenzione?

La valutazione dell'attuale impegno nella prevenzione può essere difficile per una comunità, viste le risorse limitate e l'accesso limitato alle esperienze di programmi di valutazione. Molte comunità iniziano il processo con un questionario strutturato sui programmi di prevenzione attuali per determinare:

- Quali programmi sono attualmente svolti nella comunità?
- Sono stati utilizzati standard scientifici rigorosi per testare i programmi durante il loro sviluppo?
- Rispondono ai bisogni della comunità?
- I programmi vengono portati avanti come disegnati?
- Quale percentuale di giovani a rischio è raggiunta dal programma?

Un altro approccio di valutazione consiste nel seguire nel tempo le tracce di dati esistenti sull'abuso di droghe tra gli studenti nelle scuole, sui tassi di assenteismo, sulle sospensioni scolastiche, sugli arresti per abuso di droghe e sugli accessi per abuso di droghe al pronto soccorso. L'uso delle informazioni ottenute può servire come base per misurare i cambiamenti nell'andamento a lungo termine. Visto che la natura e le dimensioni dei problemi di abuso di droghe possono cambiare col tempo, è importante valutare periodicamente i fattori di rischio e di protezione nella comunità per assicurare che i programmi rispondano adeguatamente ai problemi attuali.

Le comunità potranno consultare le autorità per la prevenzione a livello statale e regionale per avere un aiuto nella programmazione e implementazione degli impegni. Inoltre, pubblicazioni e altre risorse sono disponibili come annotato nella sezione *Risorse Selezionate e Referenze*.

Nella valutazione dell'impatto di un singolo programma, è importante che le comunità documentino come è stato presentato e il livello di intervento ricevuto dai partecipanti. Per esempio, nella valutazione di un programma di prevenzione nelle scuole, domande chiave sono:

- Gli insegnanti hanno acquisito i contenuti e le strategie di insegnamento interattivo necessari per il curriculum di prevenzione scelto?
- Quanto sono stati esposti gli studenti ad ogni area di contenuto?
- C'è una componente di valutazione?

Il piano della comunità dovrebbe guidare nel tempo le azioni per la prevenzione. Una volta che le comunità sono mobilitate, l'implementazione e la sostenibilità dei programmi richiedono obiettivi chiari e misurabili, risorse a lungo termine, leadership autorevoli e sostegno alla comunità per mantenere l'andamento positivo. Valutazioni continue tengono informata la comunità e facilitano rivalutazioni periodiche di bisogni e obiettivi.

Quadro di azione della comunità

- **Genitori:** possono lavorare con altri nella comunità per aumentare la consapevolezza circa il problema dell'abuso di droga a livello locale e il bisogno di programmi di prevenzione basati sulla ricerca.
- **Educatori:** possono lavorare con altri nella loro scuola e nel sistema scolastico per rivedere i programmi attuali e individuare interventi di prevenzione basati sulla ricerca, appropriati per gli studenti.
- **Leader della comunità:** possono organizzare un gruppo nella comunità per sviluppare un piano di prevenzione comunitaria, coordinare le risorse e le attività e sostenere la prevenzione basata sulla ricerca in tutti i settori della comunità.

Capitolo 3 - Applicare i principi per la prevenzione ai programmi di prevenzione dall'abuso di droghe

Questo capitolo descrive il modo in cui sono stati applicati i principi di prevenzione per creare programmi efficaci per la famiglia, la scuola e la comunità. Offre informazioni sul modo di lavorare con i fattori di rischio e di protezione, adattando i programmi e nello stesso momento mantenendo fermi gli elementi di base, implementando e valutando i programmi e considerando il rapporto costi-benefici della prevenzione basata sulla ricerca. L'obiettivo è di aiutare le comunità ad implementare programmi di prevenzione basati sulla ricerca.

Come vengono affrontati i fattori di rischio e di prevenzione nei programmi per la prevenzione?

I fattori di rischio e di prevenzione sono i target principali di programmi di prevenzione efficaci indirizzati agli ambienti familia-

ri, scolastici e comunitari. I programmi di prevenzione sono solitamente disegnati per raggiungere popolazioni specifiche nei loro ambienti principali; per esempio, i bambini si possono raggiungere nella scuola o tramite programmi ricreativi o di dopo scuola. Comunque, negli ultimi anni si è dimostrato essere più comune realizzare programmi per qualunque gruppo target in ambienti che non sono i soliti punti di ritrovo, per esempio si può condurre un programma basato sulla famiglia nella scuola o nella chiesa. L'obiettivo di questi programmi è di costruire nuovi fattori di protezione, o rafforzare quelli già esistenti e eliminare o ridurre i fattori di rischio modificabili nei giovani.

I programmi di prevenzione possono essere descritti attraverso l'audience (pubblico) o il livello di intervento per i quali sono disegnati:

- I programmi *Universali* sono disegnati per la popolazione generale, come: tutti gli studenti di una scuola.
- I programmi *Selettivi* hanno come target gruppi a rischio, o sottogruppi della popolazione generale, come: figli di persone che abusano di droghe o ragazzi che non vanno bene a scuola.
- I programmi *Indicati* sono disegnati per persone che stanno già sperimentando le droghe.

I programmi a livelli (**Tiered programs**) come "**Adolescent Transitions Program**" (Programma di Transizione dell'Adolescente), incorporano tutti e tre i livelli di intervento. Altri come **Early Risers "Skills for Success"** (Mattinieri "Capacità per il Successo"), potrebbero avere soltanto due livelli di intervento.

Si possono trovare i dettagli di questi programmi, utilizzati come esempi nella sezione che segue, nel Capitolo 4.

Nella famiglia

I programmi di prevenzione possono rafforzare i fattori di protezione dei bambini piccoli insegnando ai genitori modalità di comunicazione familiare migliori, stili disciplinari appropriati per il periodo di sviluppo del bambino, applicazione ferma e coerente delle regole e altre capacità di gestione familiare.

Si può insegnare ai genitori anche come potenziare il sostegno emotivo, sociale, cognitivo e materiale, che include, per esempio, fronteggiare i bisogni finanziari, di trasporto, di cure mediche e lo svolgimento dei compiti. La ricerca conferma gli effetti benefici di genitori che assumono un ruolo più attivo nella vita dei loro figli, parlando con loro delle droghe, monitorando le loro attività, conoscendo i loro amici, capendo i loro problemi e preoccupazioni, offrendo regole e disciplina coerenti, ed essendo coinvolti nel loro apprendimento ed educazione. L'importanza del rapporto genitore-figlio continua attraverso l'adolescenza ed oltre.

Un esempio di programma *universale* basato sulla famiglia è "**Strengthening Families Program for Parents and Youth, 10-14**" (Programma di rafforzamento familiare per genitori e figli, 10-14), che fornisce una guida per genitori in ambienti rurali sulla capacità di gestione familiare, comunicazione, sostegno accademico e rapporti genitore-figlio.

Riconoscendo la difficoltà nell'attrarre i genitori a questo programma, i ricercatori incoraggiano la partecipazione offrendo orari e località flessibili. Offrire servizi, quali babysitting, trasporto e pasti, rende la partecipazione più pratica per molti genitori che vivono in ambienti rurali e allo stesso momento aiuta a raggiungere gli obiettivi del programma.

Un altro tipo di programma familiare opera all'interno dell'ambiente scolastico. "**The Adolescent Transitions Program**" (Programma di Transizione dell'Adolescente) per esempio, è un programma di intervento familiare *a livelli*. Tutte le famiglie si possono coinvolgere nell'intervento *universale*, che rende disponibile una Sala di Risorse per le Famiglie dove è reperibile informazione sull'essere genitore.

Il Check-up Familiare, a livello *selettivo*, è un processo di valutazione per individuare e aiutare le famiglie più a rischio, fornendo loro informazioni ed interventi specifici per i loro bisogni.

Alle famiglie che già hanno problemi comportamentali e che sono state individuate come bisognose di un intervento *indicato*, vengono dati assistenza più intensa e informazioni più specifiche per i loro problemi. L'assistenza potrebbe includere, per esempio, terapia individuale o familiare, formazione intensiva per genitori, affidamento terapeutico o altri interventi specifici per la famiglia. La particolarità dell'approccio *a livelli* è che tutta la scuola partecipa al programma e tutti gli individui o famiglie ricevono il livello appropriato di aiuto senza essere etichettati.

Nella scuola

I programmi di prevenzione nella scuola si focalizzano sulle capacità sociali ed accademiche dei ragazzi, incluso l'aiuto a migliorare i rapporti tra pari, l'auto-controllo, la capacità di affrontare situazioni difficili, i comportamenti sociali e la capacità di rifiutare l'offerta di droghe. I programmi di prevenzione basati sulla scuola dovrebbero essere integrati con gli obiettivi della scuola stessa per il miglioramento accademico. Stanno emergendo prove che un grande rischio di fallimento scolastico derivi dalla scarsa capacità di leggere dei bambini di terza e quarta elementare (Barrera *et al.* 2002). Il fallimento scolastico è fortemente associato all'abuso di droghe. Programmi integrati rafforzano il merito degli studenti nella scuola e riducono la probabilità dell'abbandono scolastico. Molti curriculum di prevenzione includono una componente sulle normative disegnata per confutare l'idea che tutti gli studenti abusino di droghe.

I principi

Principio 5

I programmi di prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero accrescere il collegamento e le relazioni familiari e includere le abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe.

Principio 6

Possono essere messi a punto programmi di prevenzione per intervenire in età prescolare, indirizzandoli verso fattori di rischio per l'abuso delle droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche.

Principio 7

Dovrebbero essere posti come obiettivo programmi di prevenzione per i bambini della scuola elementare che perfezionino l'apprendimento scolastico e socio-emotivo, indirizzati verso fattori di rischio per abuso di droga quali: aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico.

Principio 8

I programmi di prevenzione per studenti della scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo delle seguenti capacità.

Principio 9

I programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio.

Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio e quindi riducono le etichettature e promuovono il collegamento con la scuola e la comunità.

Principio 10

I programmi di prevenzione per la comunità che associano due o tre programmi efficaci, quali quelli basati sulla famiglia e sulla scuola, possono essere più proficui di un singolo programma.

Principio 11

I programmi di prevenzione per la comunità che raggiungono popolazioni in ambienti multipli – per esempio le scuole, le

associazioni, le organizzazioni religiose e i media – sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente messaggi coerenti e aperti alla comunità.

Principio 12

Quando le comunità adattano i programmi affinché corrispondano ai loro bisogni, alle norme della comunità o alle differenti richieste culturali, dovrebbero mantenere elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca.

Principio 13

I programmi per la prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (per es.: programmi di richiamo) per rinforzare gli scopi preventivi originali.

La ricerca mostra che i benefici ottenuti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono in mancanza di programmi di follow-up nella scuola superiore.

Principio 14

I programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle prassi per una buona gestione della classe, come premiare comportamenti appropriati dello studente. Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, i risultati, le motivazioni scolastiche e il collegamento con la scuola.

Principio 15

I programmi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, quali i gruppi di discussione fra pari, nei quali i ragazzi interpretano i genitori in giochi di ruolo, che consentono un coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità.

Principio 16

I programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiose. I recenti studi dimostrano, come anche quelli precedenti, che per ciascun dollaro investito nella prevenzione si può vedere un risparmio anche fino a \$10 nel trattamento per abuso di alcol o altre sostanze.

Molti interventi di prevenzione nelle scuole basati sulla ricerca descritte sopra includono curriculum che spiegano le capacità comportamentali e sociali. **"Life Skills Training Program"** (Programma di Formazione per le Capacità Acquisite) esemplifica programmi di aula *universali* offerti agli studenti delle scuole medie. Il programma insegna la resistenza alle droghe, l'autogestione e le capacità sociali generali in un curriculum della durata di 3 anni, con una sessione "richiamo" al terzo anno quando gli studenti iniziano le scuole medie superiori.

"The Caring School Community Program" (Programma di Scuola comunità Attenta) è un altro tipo di intervento basato sulla scuola. Questo programma *universale* per la scuola elementare si incentra sul tentativo di stabilire un "senso di comunità" tra le classi, la scuola e le famiglie. Il sostegno della comunità aiuta i bambini ad avere successo a scuola e ad affrontare stress e altri problemi quando occorre.

Un intervento *indicato* che raggiunge gli studenti della scuola media-superiore, **"Project Towards No Drug Abuse"** (Progetto Verso No Abuso di Droghe) si focalizza su studenti che hanno problemi scolastici e altri problemi comportamentali ed abusano di droghe. Il programma cerca di ricostruire l'interesse dello studente verso la scuola e il proprio futuro, correggere la sua percezione sbagliata sull'abuso di droghe e rafforzare i fattori protettivi, incluso l'impegno e il processo decisionale.

Recenti ricerche suggeriscono di porre attenzione quando si raggruppano adolescenti ad alto rischio in interventi tra pari per la prevenzione dell'abuso di droghe. Tali gruppi hanno dimostrato di produrre effetti negativi, visto che i partecipanti sembrano rafforzare il comportamento di abuso di sostanze nel tempo (Dishion et al. 2002). La ricerca sta esaminando come prevenire tali effetti, con attenzione particolare al ruolo positivo degli adulti e dei pari.

Nella comunità

I programmi di prevenzione funzionano a livello della comunità con organizzazioni civiche, religiose, di ordine pubblico e altri organi governativi per migliorare le norme anti-droga e comportamenti pro-sociali. Le strategie per cambiare gli aspetti chiave dell'ambiente sono spesso utilizzate a livello comunitario. Possono comprendere l'impiego di nuove politiche, quali il concetto di scuola libera dalla droga, o il rafforzamento di regole comunitarie, quali chiedere di controllare l'età nella vendita delle sigarette.

Molti programmi coordinano impegni di prevenzione attraverso i vari ambienti per comunicare messaggi coerenti: nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle istituzioni religiose e nei media. La ricerca ha dimostrato che programmi che raggiungono i giovani attraverso fonti molteplici possono avere un impatto forte sulle norme comunitarie (Chou et al. 1998). Programmi basati sulla comunità includono tipicamente anche lo sviluppo di alcune politiche o l'applicazione delle norme, impegni dei media e programmi di consapevolezza a livello di tutta la comunità.

Questi esempi includono: stabilire un orario di rientro a casa per i giovani, stabilire restrizioni nella pubblicità, ridurre la densità di punti vendita di alcol nella comunità, aumentare il prezzo delle sigarette e creare scuole libere dalle droghe. Alcuni interventi dei media, attentamente strutturati e con un target specifico, hanno dimostrato di essere molto efficaci per ridurre l'abuso di droghe. Per esempio, una campagna di comunicazione di massa che ha come gruppo target i giovani alla ricerca di emozioni forti, ha ridotto l'abuso della marijuana del 27% tra i giovani del gruppo target (Palmgreen et al. 2001).

"Project Star" (Progetto Stella) è un esempio di programma di prevenzione dell'abuso di droghe per la comunità multi-composta. Il progetto ha esaminato la possibilità che uno sforzo congiunto tra le scuole, i genitori, le organizzazioni della comunità, le politiche sanitarie e i media potrebbe fare la differenza nella prevenzione dell'abuso di droghe tra i giovani. **Project Star** ha raggiunto tutti i ragazzi e le famiglie della comunità. Il curriculum della scuola media è il cuore del programma ed è rafforzato da "compiti a casa" e altre attività dei genitori. La componente delle politiche sanitarie e quella dei media sono anch'esse incluse. Studi di follow-up a lungo termine hanno dimostrato un impatto significativo nella riduzione dell'abuso di sostanze, con benefici per i partecipanti che durano fino all'età adulta.

Quali sono gli elementi fondamentali dell'efficacia dei programmi per la prevenzione basati sulla ricerca?

Negli ultimi anni, molti programmi di prevenzione basati sulla ricerca si sono dimostrati efficaci. Questi programmi sono stati testati con modelli di valutazione in diverse comunità, ambienti e gruppi di popolazione. I modelli più rigorosi testano l'effetto del programma su un gruppo che riceve l'intervento ("gruppo sperimentale") e confronta i risultati con un secondo gruppo che non ha ricevuto l'intervento ("gruppo controllo").

Quando le comunità esaminano i programmi di prevenzione per determinare quale risponda meglio ai loro bisogni, dovrebbero essere presi in considerazione i seguenti elementi base dei programmi basati sulla ricerca:

- **Struttura** - modo in cui ogni programma è organizzato e costruito.
- **Contenuto** - modo in cui sono presentate le informazioni, capacità e strategie.
- **Presentazione** - modo in cui viene selezionato o adattato e implementato e anche il modo in cui viene valutato in una specifica comunità.

Quando si adatta un programma alle caratteristiche di una comunità, è importante mantenere inalterati questi elementi di base per assicurare che gli aspetti più efficaci del programma rimangano intatti. Gli elementi di base aiutano a costruire programmi di prevenzione basati sulla ricerca.

Ogni elemento di base contiene degli aspetti descrittivi, che vengono presentati nelle sezioni che seguono. In ogni sezione sono incluse delle tabelle per fornire esempi di come questi aspetti si intreccino nei programmi.

Struttura

La struttura comprende *i tipi di programma, l'audience e l'ambiente*. Diversi tipi di programma si sono dimostrati efficaci nel prevenire l'abuso di droghe. I programmi basati sulla scuola, i primi ad essere pienamente sviluppati e testati, sono diventati i principali per raggiungere tutti i ragazzi. I programmi basati sulla famiglia si sono dimostrati efficaci per raggiungere sia i ragazzi che i loro genitori in diversi ambienti. I media e i programmi di computer iniziano a dimostrarsi efficaci nel raggiungere le persone sia a livello della comunità che a livello individuale.

La ricerca dimostra inoltre che combinare due o più programmi efficaci, per esempio famigliari e scolastici, può essere più fruttuoso che non l'utilizzo di un singolo programma. Questi vengono chiamati programmi multi-composti.

La tab. 3 illustra la struttura dei programmi.

I programmi sono stati disegnati, all'interno di queste categorie, per centrare i bisogni di un'audience particolare, per esempio un programma di prevenzione "indicato" per ragazzi ad alto rischio. Esempi di altre sottocategorie potrebbero includere popolazioni urbane o rurali, minoranze etniche e razziali e gruppi di diversa età. I ricercatori stanno esaminando come modificare programmi efficaci per meglio affrontare audience diverse. L'ambiente descrive dove si svolge il programma. I programmi di prevenzione sono solitamente disegnati per raggiungere le popolazioni target nel loro ambiente principale, come la scuola per i ragazzi. Sta diventando più comune, tuttavia, che programmi efficaci si svolgano in ambienti diversi da quello principale – per esempio, tenere un programma basato sulla famiglia in una scuola o un programma basato sulla famiglia in un centro per i giovani quali i Boy/Girl Scout. Programmi multi-componenti raggiungono le popolazioni in diversi ambienti.

Contenuto

Il contenuto è composto da *informazione, capacità, sviluppo, metodi e servizi*. L'informazione può includere le informazioni

sulle droghe e i loro effetti, così come le politiche e le leggi. Eppure, l'informazione sulle droghe da sola non si è dimostrata essere efficace nello scoraggiare l'uso delle droghe. La combinazione di informazione, capacità, metodi e servizi produce risultati più efficaci. I programmi includono la formazione per sviluppare le capacità di impostare e migliorare i comportamenti in aree importanti, come la comunicazione all'interno della famiglia, lo sviluppo sociale ed emotivo, competenze sociali ed accademiche nei ragazzi e strategie di resistenza (per rifiutare) tra i pari nell'adolescenza.

I metodi sono orientati verso cambiamenti strutturali, quali lo stabilire e applicare le regole della scuola sull'abuso di sostanze o applicare leggi esistenti, quali quelle sulla vendita di tabacco ai minori. I servizi potrebbero includere il counseling e l'assistenza nella scuola, il counseling tra pari, la terapia famigliare e l'assistenza sanitaria. Queste aree di contenuto sono disegnate per ridurre i fattori di rischio modificabili, rafforzando i fattori di protezione.

La tab. 4 descrive il tipo di contenuto incluso nei programmi.

La presentazione

La presentazione include la selezione o adattamento e l'implementazione del programma. La tab. 5 descrive i vari approcci per la presentazione.

Durante il processo di selezione, le comunità integrano i programmi efficaci basati sulla ricerca con i bisogni della loro comunità. Nel Capitolo 2, si suggerisce che le comunità conducano una revisione strutturata dei programmi esistenti per determinare quali mancanze permangano, dati i loro fattori di rischio e di protezione, il problema della droga e i bisogni della comunità. Questa informazione può essere inserita nella programmazione della comunità, la quale è indirizzata alla selezione dei nuovi programmi basati sulla ricerca.

Come guida iniziale, per aiutare il processo di selezione, si possono consultare le descrizioni dei programmi nelle diverse categorie indicate nel Capitolo 4. Ulteriori referenze sono disponibili

Tab. 3 - Strutture dei programmi di prevenzione

Tipo di programma	Audience	Ambiente
Comunità (<i>universale</i>)	Tutti i giovani	Pubblicità
Scuola (<i>selettivo</i>)	Scuola media studenti	Dopo-scuola
Famiglia (<i>indicato</i>)	Giovani ad alto rischio e loro famiglie	Servizi sanitari

Tab. 4 - Contenuto dei programmi di prevenzione

Tipi di programma	Informazione	Sviluppo delle capacità	Metodi	Servizi
Comunità	Andamento del consumo di droghe	Capacità sociali	Politiche di tolleranza	Zone libere dalle droghe
Scuola	Effetti della droga	Capacità di resistenza	Cambiamenti delle normative	Counseling e assistenza nella scuola
Famiglia	Sintomi dell'abuso di droghe	Capacità di fare il genitore	Controllo dell'abuso di sostanze in casa; orario di rientro	Terapia famigliare

Tab. 5 - Presentazione dei programmi di prevenzione

Tipo di programma	Selezione o adattamento del programma	Aspetti per l'implementazione
Comunità	Popolazione di lingua spagnola	Messaggio multimediale coerente
Scuola	Genere	Sessioni di richiamo
Famiglia	Rurale	Reclutamento/mantenimento

li in *Risorse Selezionate e Referenze*, che offre siti Web, informazioni per contatti e pubblicazioni per indirizzare gli impegni delle comunità.

Per adattamento si intende il modellare un programma ai bisogni di una popolazione specifica in diversi ambienti. Gli studiosi stanno esaminando come meglio adattare programmi culturalmente efficaci ad ambienti (come un ambiente rurale) e a popolazioni specifiche (soltanto maschi, per esempio). Nel processo dell'adattamento vengono mantenuti gli elementi chiave del programma per assicurare l'efficacia dell'intervento e allo stesso tempo rispondere ai bisogni della comunità. Diversi programmi basati sulla ricerca e adattati sono disponibili, come "Life Skills Training Program" (Programma di Formazione sulle Capacità Acquisite) per giovani minoranze delle grandi città.

I programmi che non sono stati ancora adattati e studiati in un protocollo di ricerca, è meglio implementarli senza modifiche per assicurare risultati più efficaci. L'implementazione si riferisce a come il programma viene presentato, incluso il numero delle sessioni, i metodi utilizzati e il follow-up. La ricerca ha dimostrato che il modo in cui viene implementato un programma ne determina l'efficacia.

L'uso di metodi interattivi e sessioni di richiamo appropriate aiuta a rafforzare i contenuti e le capacità apprese in un programma e a mantenerne i benefici.

Come può la comunità implementare e sostenere programmi efficaci di prevenzione?

Dopo aver considerato i fattori di rischio e di protezione all'interno della comunità, e aver scelto e adattato i programmi di prevenzione per rispondere a questi rischi, la comunità deve iniziare ad implementare i programmi. In molte comunità, le coalizioni formate durante la fase di programmazione rimangono coinvolte nella supervisione dell'implementazione del programma. Continuano a verificare il progresso ottenuto nel raggiungere gli obiettivi fissati dalla comunità stessa. La responsabilità per l'implementazione vera, comunque, risiede generalmente all'interno delle organizzazioni comunitarie o delle amministrazioni locali, come la scuola, i servizi sociali o altri sistemi locali.

Per assicurare che l'implementazione sia efficace, programmi scolastici e familiari basati sulla ricerca spesso richiedono risorse umane e finanziarie importanti e un serio impegno per la formazione e l'assistenza tecnica. Oltre alle risorse, c'è bisogno di un'attenzione speciale per attrarre e mantenere interessati e coinvolti i partecipanti al programma. Ciò è di particolare importanza quando sono coinvolte famiglie che provengono da ambienti rurali o da situazioni di povertà. La ricerca dimostra che impegni ulteriori per dare incentivi, flessibilità negli orari, minima richiesta di tempo, pasti gratuiti, trasporto, baby-sitting, contatto personale e appoggio da importanti leader della comunità aiutano ad attrarre e mantenere i partecipanti nel programma. In breve, il modo in cui viene presentato un programma è cruciale per il successo dello stesso.

Come può la comunità valutare l'impatto del suo programma sull'abuso di droghe?

Condurre valutazioni sui programmi di prevenzione può essere impegnativo. Molti leader di comunità hanno consultato membri delle facoltà universitarie e altri esperti locali della valutazione per un aiuto nel disegno e nell'implementazione delle procedure valutative.

Assicurare un modello appropriato di valutazione è importante per far sì che i dati dimostrino un chiaro rapporto tra il programma e i risultati. I risultati sono veramente attribuibili agli effetti del programma piuttosto che ad una fonte diversa, come altri eventi della comunità o la maturità del gruppo target?

La valutazione dovrebbe individuare quello che è stato raggiunto nel programma, come è stato svolto, gli effetti. Per assicurare una valutazione esauriente, chi implementa il programma, insieme allo staff, dovrebbe accertarsi sull'attinenza degli elementi del programma. Tenere resoconti del contenuto presentato e

della partecipazione alle sessioni, avere feedback sui contenuti attraverso quiz e osservazioni indipendenti sulla conformità dell'implementazione, possono aiutare a monitorare l'efficacia dell'implementazione del programma e fornire informazioni chiave sul perché un programma raggiunge o meno gli effetti desiderati. Per evitare i "tranelli" della valutazione si possono consultare gli esperti, che possono guidare il modello della valutazione attraverso:

- l'utilizzo di strumenti testati per la raccolta dei dati;
 - il conseguimento di buone informazioni di base o di pre-intervento;
 - l'utilizzo di gruppi di controllo che non abbiano ricevuto l'intervento, ma le cui caratteristiche siano simili al gruppo principale;
 - il monitoraggio della qualità dell'implementazione del programma;
 - l'assicurazione che il follow-up post-intervento includa una grande percentuale della popolazione target;
 - l'utilizzo di metodi statistici appropriati per analizzare i dati.
- Oltre all'accertamento dell'impatto del programma, la valutazione è un processo continuo che può fornire l'orientamento su come mantenere la risposta data dal programma in linea con i bisogni della comunità, che cambiano.
- Il processo di valutazione deve rispondere alle domande circa il programma e i risultati, incluso:
- *Che cosa è stato definito nel programma?*
 - *Come si è svolto il programma?*
 - *Chi ha partecipato?*
 - *Quanto del programma è stato appreso dai partecipanti?*
 - *Esiste una connessione tra quanto è stato appreso dal programma e i risultati?*
 - *È stato implementato come pensato?*
 - *Ha raggiunto le aspettative nel breve termine?*
 - *Ha prodotto gli effetti desiderati a lungo termine?*

Quale è il rapporto costi-benefici dei programmi di prevenzione per la comunità?

La ricerca ha dimostrato, prendendo in considerazione i costi, che prevenire l'abuso di sostanze e altri comportamenti problematici può avere un vantaggio decisivo. In uno studio recente, Spoth e colleghi (2002) hanno condotto un'analisi costo-efficacia e costo-beneficio su dati ricavati da due interventi a lungo termine che già dimostravano essere efficaci nel prevenire l'abuso di sostanze: Iowa Strengthening Families Program (ISFP; ora chiamato The Strengthening Families Program: for Parents and Youth 10-14) e Preparing for the Drug-Free Years (PDFY; ora chiamato Guide to Good Choices). Sono stati rilevati benefici per tutti e due gli interventi nel prevenire casi di abuso di alcol negli adulti, risparmiando costi futuri per il trattamento dell'abuso dell'alcol. Il rapporto costo-beneficio era \$9.60 per ogni dollaro investito nella prevenzione per il gruppo ISFP, e \$5.85 per dollaro investito nella prevenzione del gruppo PDFY. Per ogni famiglia nella condizione di ISFP, c'era un beneficio di \$5,923; e nella condizione PDFY un beneficio di \$2,697 per famiglia. Inoltre, un'analisi del programma Skills, Opportunità, and Recognition (SOAR) ha un rapporto costo-beneficio di \$4.25 per ogni dollaro speso (Hawkins *et al.* 1999; Aos *et al.* 2001). Uno studio precedente (Penz 1998) ha trovato che per ogni dollaro speso per la prevenzione dell'abuso di droga, le comunità potrebbero risparmiare dai \$4 a \$5 nei costi per il trattamento e counseling per l'abuso di droga.

Quadro di azione della comunità

- **Genitori:** possono lavorare con altri nella comunità per utilizzare i principi della prevenzione nella scelta di programmi per l'abuso di droga.
- **Educatori:** possono inserire contenuto e presentazione basati sulla ricerca nel curriculum regolare dell'aula.
- **Leader della comunità:** possono lavorare con esperti della valutazione per valutare il progresso dei programmi e migliorare i risultati.



Lunedì 7 febbraio

9.30
Apertura lavori
Gianluca Borghi
Don Luigi Ciotti

10.30
Sessione plenaria
 Le politiche e gli interventi delle Regioni sulla tossicodipendenza
 Per il Cartello, dialogano con gli Assessori regionali:
Maurizio Coletti, Maurizio Fea
 Saranno presenti:
Ezio Beltrame, Adriana Buffardi, Nerina Dirindin, Gaia Grossi, Enrico Rossi, Marcello Secchiaroli. È stata invitata Anna Teresa Formisano - Assessore Politiche sociali Regione Lazio

12.30
 Il Cartello nazionale "Non incarcerate il nostro crescere" presenta le proprie ragioni
Riccardo De Facci

13.30
Pausa pranzo

14.30
Sessioni parallele:
 1. *Legalità, giustizia e legislazione*
 Coordina:
Achille Saletti
 Animano:
Giampaolo Zancan, Francesco Maisto
 2. *Giovani e codici del piacere*
 Coordina:
Claudio Cippitelli
 Animano:
Roberto Drago, Marco Battini, Renato Bricolo, Stefano Bertoletti, Rita Gallizzi
 3. *I servizi di prossimità tra riduzione del danno e bisogni sociali*
 Coordina:
Edo Polidori

Animano:
Lorena Splendori, Stefano Carboni, Susanna Ronconi
 4. *I servizi per le dipendenze in un welfare in trasformazione*
 Coordina:
Pietro Fausto d'Egidio
 Animano:
Stefano Vecchio, Guglielmo Masci, con gli interventi programmati delle Regioni **Emilia-Romagna, Marche e Toscana**

Martedì 8 febbraio

9.30
Sessioni parallele:
 1. *Carcere, consumi e dipendenze*
 Coordina:
Stefano Regio
 Animano:
Alessandro Margara, Stefano Anastasia, Sandro Libianchi, Umberto Nizzoli
 2. *La comunicazione tra scienza e mistificazione*
 Coordina:
Grazia Zuffa
 Animano:
Stefano Trasatti, Fabrizia Bagozzi, Guido Blumir, Pierpaolo Pani
 3. *Le comunità come luoghi di libertà*
 Coordina:
Teresa Marzocchi
 Animano:
Anna Addazzi, Felice Di Lernia, Augusto Consoli, Don Vinicio Albanesi
 4. *Consumo, consumatori e sistemi di intervento*
 Coordina:
Leopoldo Grosso
 Interventi programmati da Confini zero

14.30
Sessione plenaria:
Sintesi dei lavori delle sessioni parallele:
Giuseppe Vaccari
Tavola rotonda - Saranno presenti:
Vittorio Agnoletto, Rosy Bindi, Marco Boato, Giancarlo Caselli, Franco Corleone, Guglielmo Epifani, Don Antonio Mazzi, Livia Turco. È stato invitato **Nicola Carlesi - Capo Dipartimento nazionale politiche antidroga**
 Concludono:
Lucio Babolin e Gianluca Borghi

Elenco dei relatori:
 Anna Addazzi - Coop. Il Cammino, Roma
 Vittorio Agnoletto - Parlamentare Europeo
 Don Vinicio Albanesi - Comunità Capodarco
 Stefano Anastasia - Ass. Antigone
 Lucio Babolin - CNCA Nazionale
 Fabrizia Bagozzi - Quotidiano "Europa"

Marco Battini - Papa Giovanni XXIII Re
 Ezio Beltrame - Assessore salute e protezione sociale Regione Friuli-Venezia Giulia
 Stefano Bertoletti - CAT Firenze
 Rosy Bindi - Parlamentare
 Guido Blumir - Saggista
 Marco Boato - Parlamentare
 Gianluca Borghi - Assessore Politiche sociali Regione Emilia-Romagna
 Renato Bricolo - CNND
 Adriana Buffardi - Assessore Politiche sociali Regione Campania
 Stefano Carboni - LILA
 Giancarlo Caselli - Procuratore della Repubblica, Torino
 Don Luigi Ciotti - Gruppo Abele, Torino
 Claudio Cippitelli - CNND
 Maurizio Coletti - Itaca Europa
 Franco Corleone - Forum Droghe
 Augusto Consoli - AUSL Torino
 Pietro Fausto D'Egidio - FeDerSerD
 Riccardo De Facci - CNCA Nazionale
 Nerina Dirindin - Assessore Sanità e Assistenza sociale, Regione Sardegna
 Felice Di Lernia - Coop Oasi 2, Trani
 Roberto Drago - Consulente Provincia Pesaro-Urbino
 Guglielmo Epifani - Segretario generale CGIL
 Maurizio Fea - FeDerSerD
 Rita Gallizzi - COLCE Milano
 Gaia Grossi - Assessore Politiche sociali Regione Umbria
 Leopoldo Grosso - Gruppo Abele, Torino
 Sandro Libianchi - Ser.T. Rebibbia
 Francesco Maisto - Magistrato
 Alessandro Margara - Ex Capo Dipartimento amministrazione penitenziaria
 Teresa Marzocchi - CNCA Bologna
 Guglielmo Masci - Comune di Roma
 Don Antonio Mazzi - Exodus
 Umberto Nizzoli - Erit Italia
 Pierpaolo Pani - AUSL Cagliari
 Edo Polidori - FeDerSerD
 Stefano Regio - Coop. Il Cammino, Roma
 Susanna Ronconi - Coord. Operatori servizi bassa soglia Piemonte
 Enrico Rossi - Assessore Diritto alla Salute, Regione Toscana
 Achille Saletti - Saman - Milano
 Marcello Secchiaroli - Assessore Politiche sociali Regione Marche
 Lorena Splendori - CGIL funzione pubblica
 Stefano Trasatti - Redattore sociale
 Livia Turco - Parlamentare
 Giuseppe Vaccari - Itaca Italia
 Stefano Vecchio - AUSL Napoli
 Giampaolo Zancan - Parlamentare, vice presidente Commissione giustizia del Senato
 Grazia Zuffa - Forum Droghe

NOTIZIE IN BREVE



Da lunedì a venerdì dalle 9 alle 20
lineaverdedroga@libero.it

PER GLI OPERATORI

- ☑ Mappatura dei servizi di accoglienza e di pronto intervento, indicazioni sull'offerta territoriale di strutture dedicate alla prevenzione, cura e reinserimento delle persone con problematiche legate al consumo di sostanze.
- ☑ Informazioni rispetto alla legislazione di settore sia nazionale che internazionale
- ☑ Consulenza rispetto alle specifiche procedure europee ed internazionali per la somministrazione di farmaci sostitutivi.

- ☑ È un servizio di ascolto telefonico gratuito che offre consulenza, informazione ed orientamento rispetto ai problemi derivanti dal consumo di sostanze, nel rispetto dell'anonimato.
- ☑ L'equipe multidisciplinare è composta da operatori professionali (Psicologi, Pedagogisti, Educatori Professionali) affiancati da volontari.
- ☑ Counseling per persone che vivono una condizione di dipendenza per facilitare l'avvio di un percorso di presa in carico da parte di un servizio o per rafforzare la tenuta di percorsi già avviati.
- ☑ Consulenze ai genitori di adolescenti che approcciano l'uso di sostanze.
- ☑ Sostegno ai familiari di persone che vivono una condizione di dipendenza.
- ☑ Informazioni rispetto alla rete dei servizi territoriali pubblici e privati





Ritorniamo sul tema alcol con un contributo su una ricerca che analizza l'utilizzo sul campo del GHB nel trattamento farmacologico dell'alcoldipendenza.

Il GHB nel trattamento farmacologico di prevenzione della ricaduta in alcoldipendenti medio-gravi

*E. Manzato, M. Faccini, C. Biasin, G. Cifelli, E. Regagliolo, A. Zonin**

Premessa

Come emerge dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale, il GHB (acido gamma-idrossibutirrico) è presente nell'organismo sia a livello periferico che nel SNC dove sembra agire da neurotrasmettitore e da neuromodulatore su diversi sistemi neurotrasmettitoriali. Il meccanismo d'azione del GHB non è però ancora perfettamente chiarito.

A concentrazioni micromolari tale sostanza si lega a specifici recettori ad alta e bassa affinità, presenti in determinate aree del cervello, mentre a concentrazioni millimolari coinvolgerebbe i recettori gabaergici, in particolare i GABA B, i quali sembrano essere coinvolti nella modulazione dei neuroni dopaminergici (con rilascio di dopamina nel nucleus accumbens); questi neuroni sono implicati nell'instaurarsi dei disturbi addittivi.

Sempre mediante il legame con recettori specifici, il GHB inibirebbe i potenziali post-sinaptici Ca-mediati, influenzando sui recettori degli aminoacidi eccitatori, glutammico e aspartico (NMDA e AMPA) [1, 2, 3].

Gli effetti neuroendocrini del GHB non sono antagonizzati dal naloxone, mentre sono modulati dall'antagonista serotoninergico metergolina; questo lascia pensare ad un'azione del GHB sui neuroni serotoninergici [4].

Il GHB sarebbe in grado di prevenire l'incremento dell'RNA messaggero preposto alla trascrizione della subunità alfa 4 del complesso recettoriale GABA A, che si verifica già poche ore dopo la sospensione dell'assunzione di alcol ed è responsabile della sintomatologia astinenziale, influenzando le alterazioni che sono alla base della sindrome d'astinenza [5].

Infine, a dosi terapeutiche, il GHB non sembra indurre cambiamenti significativi della prolattina, ormone controllato dalla dopamina, suggerendo che l'azione del farmaco su quest'ultima non sarebbe del tutto certa per quanto riguarda l'asse ipotalamo-ipofisi [6].

Il GHB è stato utilizzato in anestesologia nei traumi cerebrali per la capacità di ridurre il metabolismo energetico, nella narcolessia e nella sindrome d'astinenza da oppiacei, ma il suo utilizzo maggiore è attualmente nel trattamento della sindrome d'astinenza e della prevenzione della ricaduta nell'alcoldipendenza [1, 7, 8].

Il GHB (50-100 mg/kg/die) in 3 o più somministrazioni/die, con dosi decrescenti, è risultato efficace nel controllare i sintomi della sindrome d'astinenza da alcol nei soggetti dipendenti, compresi l'ansia, l'agitazione, la disforia e la depressione, più rapidamente delle benzodiazepine e con pochi effetti indesiderati; nel trattamento della sindrome d'astinenza è buona norma la non interruzione brusca della somministrazione: in un caso di sindrome d'astinenza da GHB (con assunzione del farmaco in dose di 18 gr/die per circa 4 mesi) la sintomatologia astinenziale

le è stata controllata con diazepam. Il GHB viene usato anche per il trattamento del delirium tremens [9, 10, 11, 12].

Il GHB (50-100 mg/kg/die) in 3-6 somministrazioni/die, all'interno di un trattamento riabilitativo integrato, è risultato efficace nel trattamento di prevenzione della ricaduta nell'alcoldipendenza a breve ed a medio-lungo termine, infatti permette di ridurre il craving ed il consumo di alcol e di prevenire la ricaduta, favorendo il raggiungimento di un benessere psicofisico e relazionale tale da indurre modificazioni importanti negli atteggiamenti e nei comportamenti d'abuso e diminuendo significativamente il rischio di abbandono precoce dei programmi riabilitativi psicosociali e di ricaduta [1, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Il GHB è rapidamente assorbito per via orale ed il suo effetto di sollievo sul craving, che è costituito da una "costellazione" di segni e sintomi (pensiero concentrato ossessivamente sull'alcol, comportamenti "di ricerca", agitazione, insonnia, irritazione, depressione, ...), è osservabile in poche ore nella maggioranza dei soggetti. Il farmaco è abitualmente ben tollerato. In pochi soggetti possono comparire effetti indesiderati di lieve entità, come vertigini, cefalea, nausea, vomito, secchezza delle fauci, che scompaiono dopo le prime somministrazioni.

Ciò è stato dimostrato in uno studio retrospettivo sui disturbi insorti durante 10 anni di esperienza clinica, che ha, inoltre, sottolineato l'assenza di effetti indesiderati gravi.

Le controindicazioni al GHB riguardano i pazienti con malattie organiche o mentali gravi, con epilessia ed in trattamento con farmaci antiepilettici; il farmaco è anche sconsigliato in gravidanza e durante l'allattamento; l'eventuale consumo di alcol può potenziare gli effetti depressori del farmaco [19, 20, 21, 22, 23, 24].

La compliance, la maneggevolezza, la sicurezza e l'efficacia nel prevenire le ricadute rendono il GHB un farmaco idoneo per il trattamento a lungo termine dell'alcoldipendenza; queste caratteristiche farmacologiche risultano inoltre validi presupposti per l'adesione ai più completi trattamenti riabilitativi psicosociali che costituiscono il percorso per un radicale cambiamento dello stile di vita degli alcoldipendenti [19, 20, 21, 22, 23, 24].

Il GHB può essere utilizzato in associazione con il disulfiram e con diversi psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi triciclici ed SSRI e stabilizzatori dell'umore), non presentando interazioni farmacologiche avverse e favorendo il trattamento di alcoldipendenti con comorbilità psichiatrica e di personalità associata; il trattamento a lungo termine per questi soggetti più gravi risulta essenziale, in quanto riesce a favorire la riduzione del consumo di alcol ed il miglioramento dello stato generale di salute, dei disturbi psicopatologici e del funzionamento psicosociale [24, 25, 26].

Recentemente è stato evidenziato che il GHB è più efficace del naltrexone per l'astinenza completa da alcol, comunque il naltrexone ha confermato la sua efficacia nel prevenire le ricadute; inoltre il GHB viene utilizzato in associazione al metadone per controllare l'abuso di alcol negli eroinodipendenti in trattamento metadonico [27, 28].

* Servizio Alcolgia - Ser.T. 1 Azienda Ulss 21, Regione Veneto, Ospedale di Zevio (Verona).

Le proprietà gratificanti rendono il GHB un farmaco assai efficace anche per pazienti poco motivati e resistenti. In alcuni soggetti, però, si verifica appetizione verso il farmaco, con comportamenti d'abuso e sviluppo di dipendenza, con crisi d'astinenza alla sospensione dell'assunzione. In caso di comportamento d'abuso è opportuna la sospensione del GHB, che non determina una sindrome d'astinenza grave; i sintomi astinenziali comprendono insonnia, ansia e tremore e si risolvono in 3-12 giorni, in relazione alle dosi utilizzate ed alle caratteristiche individuali del soggetto; la sintomatologia astinenziale può essere controllata facilmente con basse dosi di benzodiazepine.

Proprio per evitare le forme d'abuso (rilevate nel 2,3-10,1% dei soggetti trattati), la diversione e l'utilizzo del GHB sul mercato illegale, l'aggravamento della dipendenza e le eventuali overdose, il trattamento viene attuato in Servizi Socio Sanitari Specialistici mediante una procedura di salvaguardia per un uso corretto: management regolare da parte del medico prescrittore, somministrazione della singola dose giornaliera, ausilio di un referente a cui affidare in modo responsabile la somministrazione, frazionamento delle dosi, monitoraggio regolare del paziente (controllo tossicologico delle urine, per alcol e/o altre sostanze psicoattive, e verifiche dell'assunzione corretta dei farmaci prescritti, soprattutto benzodiazepine), associazione di interventi psicosociali ed educazionali, procedura di sospensione in caso di comportamenti appetitivi (rappresentati da pressioni indebite, da richieste improprie di aumento delle dosi, da utilizzo inappropriato e da automedicazione per ansia ed aggressività).

Pertanto l'individuazione di eventuali possibilità d'abuso (storia precedente di poliabuso, caratteristiche impulsive di personalità, manifestazioni del discontrollo degli impulsi, richieste improprie d'incremento delle dosi, utilizzo inappropriato e necessità di dosi rassicuranti), il monitoraggio regolare ed il frazionamento delle dosi (fino a 6 somministrazioni distribuite nell'arco della giornata) sono accorgimenti raccomandati nella gestione clinica. In ogni caso l'abuso è un fenomeno limitabile ed il farmaco offre buoni margini di sicurezza [20, 21, 23, 24, 29, 30, 31, 32].

Per quanto riguarda l'intossicazione da GHB, evento pericoloso che può portare all'arresto respiratorio ed al coma, è un'eventualità che di solito è associata al poliabuso con altre sostanze psicoattive e ad abuso di alcol; peraltro la breve emivita del GHB e le dosi utilizzate nel trattamento degli alcolodipendenti presso i Servizi Socio Sanitari Specialistici non determinano fenomeni di accumulo e non possono causare effetti avversi gravi o conseguenze che mettono a rischio la vita [33, 34].

La breve emivita del GHB con la completa eliminazione di una dose di farmaco in 4-6 ore spiega la maggiore efficacia del frazionamento del farmaco, che viene utilizzata come strategia nei pazienti non responders (circa il 30-40%) al trattamento usuale (50-100 mg/kg/die, in 3 somministrazioni): il frazionamento migliora l'efficacia con il controllo del craving, favorisce la compliance e riduce il rischio d'abuso (nessun caso di abuso nei pazienti trattati con il frazionamento); negli individui non responders sembra preferibile il frazionamento piuttosto che l'aumento della dose [17, 23, 25, 34].

Il GHB, di cui già nel 1991 negli Stati Uniti l'FDA ha proibito la vendita libera per la pericolosità del farmaco distribuito tra gli integratori, è diventato popolare in alcune aree dell'Occidente come sostanza d'abuso utilizzata in "ambienti ricreazionali" (discoteche e palestre), senza prescrizione e a dosaggi inappropriati; le aspettative nei confronti del farmaco degli individui che ne abusano riguardano l'effetto euforizzante e l'azione metabolica, considerata efficace nel bruciare i grassi. I comportamenti d'abuso di GHB hanno portato all'espandersi nella popolazione di effetti avversi gravi, come convulsioni, quadri sincopali, amnesie, perdita di coscienza, coma, sviluppo di dipendenza con crisi di astinenza anche con sintomi psicotici e poliabuso con altre sostanze psicoattive stimolanti [35, 36, 37, 38, 39, 40]. L'associazione nell'ambito delle discoteche del GHB con sostanze psicoattive stimolanti, come la ketamina e gli amfetamino-

derivati, rende il quadro ancora più preoccupante, con la segnalazione di un incremento di visite mediche in situazioni d'urgenza connesse a tali consumi in California [41].

La diffusione del GHB come sostanza d'abuso potrebbe essere stata sottostimata; infatti, il farmaco è stato ritrovato sia nel caso di controlli tossicologici occasionali, sia in casi di guida pericolosa sotto l'influenza della sostanza, sia in casi di violenza sessuale e di morte inspiegabile [42].

Tale utilizzo non terapeutico pare molto meno ampiamente diffuso in Italia. In realtà esiste una grossa differenza tra l'abuso in "ambienti ricreazionali" e quello in ambienti di trattamento riabilitativo presso i Servizi Socio Sanitari Specialistici; infatti il comportamento d'abuso tra gli individui che usano il GHB in "ambienti ricreazionali" avviene in un'unica somministrazione, spesso in associazione con altre sostanze psicoattive illegali e con preparazioni contenenti da 3 a 20 g di principio attivo, diversamente gli alcolodipendenti riferiscono l'assunzione di quantità superiori di GHB per recuperare l'effetto anticraving attenuato [23, 29].

Alla fine di questa disamina generale sul GHB presentiamo i dati di uno studio che ha come scopo quello di valutare l'efficacia e la sicurezza del GHB nella prevenzione della ricaduta in un gruppo di soggetti con diagnosi di dipendenza da alcol di entità moderata-grave (più gravi della media dei pazienti afferenti nell'anno 2002 al Servizio di Alcologia).

Materiali e metodi

Il trattamento riabilitativo integrato è pianificato in cinque fasi:

- *Valutazione del quadro tossicologico, medico e psicopatologico* (intervista clinica secondo il DSM-IV; somministrazione del CAGE sia come screening iniziale che come valutazione dell'insight del soggetto; misurazione del craving mediante VAS e della sindrome d'astinenza alcolica mediante CIWA-AR; valutazione clinica psicopatologica mediante BPRS, HDRS e STAI, del funzionamento globale e del giudizio clinico globale mediante VGF e CGI; dosaggi chimico-tossicologici ed esami bioumorali, comprendenti CDT, AST, ALT, GGT, MCV). La gravità viene diagnosticata considerando l'entità della dipendenza, la quantità di alcol consumato in una settimana (espressa in unità alcoliche/die nell'arco di 7 giorni), che esprime la gravità del rischio alcolologico, la storia d'abuso (cronicità del comportamento d'abuso), i disturbi psicopatologici di Asse I e II al DSM IV associati, l'insight di malattia e le alterazioni del funzionamento in vari ambiti della vita (VGF: gravità lieve 61-80, moderata 51-60, grave < 50; CGI: gravità lieve 2-3, moderata 4, grave 5-7) [32, 43, 44, 45, 46, 47, 48].
- *Disintossicazione-stabilizzazione*, se presente una sindrome d'astinenza alcolica, utilizzando il GHB [32, 45].
- *Prevenzione della ricaduta* (ricaduta definita come consumo di alcol per 5 o più giorni consecutivi la settimana e/o consumo di 5 o più drink-unità alcoliche per occasione, o valore di alcolemia superiore a 100 mg/dl), trattando il craving con il GHB, la comorbilità psichiatrica con counselling, psicoterapia individuale e psicofarmaci, se presente, e gestendo eventuali problemi psicosociali. Oltre alla verifica clinica ed al controllo del trattamento farmacologico, viene associato il supporto psichiatrico con cadenza settimanale [30, 32, 45].
- *Follow up*, mediante un protocollo di valutazione multidimensionale di esito del trattamento riabilitativo ai tempi 1°-3°-6° mese (colloquio clinico e uso di scale, associando esami bioumorali e controlli dei metaboliti urinari dell'alcol e delle altre sostanze psicoattive) [32, 44, 45, 46, 47, 48].
- *Fine programma*, gestita in accordo con il paziente, con la famiglia e con il Servizio e/o la Struttura Riabilitativa [32, 44, 45, 46, 47, 48].

I criteri di inclusione sono: età compresa tra i 18 e 60 anni, diagnosi di dipendenza da alcol di entità moderata-grave (secondo il DSM IV), collaborazione di familiari al trattamento e firma del consenso informato.

I criteri di esclusione sono: età inferiore a 18 anni o superiore a 60 anni, disturbi schizofrenici e bipolari, disturbi di personalità invalidanti, epilessia, presenza di gravi patologie cardiocircolatorie, respiratorie, epatiche o renali.

I risultati positivi del trattamento sono considerati: l'adesione completa al trattamento, l'astinenza completa, il consumo controllato ed il miglioramento del funzionamento psicologico, relazionale e sociale.

Gli indicatori di valutazione sono: consumo di alcol e/o sostanze psicoattive, grado di astinenza e di craving, disturbi psicopatologici, episodi di intossicazione acuta, periodi di astinenza, grado di adesione al trattamento, funzionamento relazionale e sociale; viene effettuata una valutazione da parte dell'équipe curante ed una autovalutazione da parte del paziente [32, 43, 44, 45, 46, 47, 48].

Il GHB viene assunto per via orale, alla dose variabile tra 15 e 70 ml al dì, divisa mediamente in 3-4 somministrazioni giornaliere, in parte assunto direttamente al Servizio in parte affidato ad un familiare o ad un referente.

Risultati

Il periodo di reclutamento del campione si è esteso dal 1° febbraio 2002 al 30 giugno 2002. 18 soggetti hanno soddisfatto i criteri per essere inclusi nello studio.

Il campione in esame risulta composto da 16 maschi (88,9%) e 2 femmine (11,1%), di età media pari a 44,1 anni (31-60).

Alcune caratteristiche generali del campione sono riportate nella tab. 1.

All'ingresso del trattamento per la prevenzione della ricaduta il consumo medio giornaliero di alcol, nel mese precedente, è di 9 unità alcoliche (circa 135 g di alcol/die); questo consumo è dichiarato dal paziente ed è confermato dai familiari che collaborano al trattamento. Nessuno dichiara un abuso di alcol da meno di 10 anni, 14 soggetti (78,8%) consumano da più di 20 anni.

L'età media di prima assunzione di alcol è 17,2 anni (12-25); quella d'inizio dell'abuso 25,9 anni (19-35).

Un pregresso abuso di altre sostanze psicoattive (oppioidi e/o cannabinoidi) viene dichiarato da 3 soggetti (16,7%).

Il grado di dipendenza risulta grave in 12 soggetti (66,7%) e moderato in 6 (33,3%).

Una diagnosi psichiatrica associata all'alcoldipendenza è posta nel 66,7% del campione: nello specifico 9 (50%) soddisfano i criteri diagnostici di asse I e 9 (50%) quelli di asse II; 6 (33,3%) soddisfano i criteri diagnostici sia per l'asse I che per l'asse II (tab. 2).

All'inizio del trattamento per la prevenzione della ricaduta il punteggio medio del VGF è di 53,5 e quello del CGI gravità è di 4,6; il punteggio medio del CIWA-AR risulta di 1,1 (che conferma l'assenza di sintomi astinenziali) e del VAS 10 mm (che rileva scarso craving).

Dei 18 alcoldipendenti inseriti nello studio 17 (94,4%) hanno effettuato un follow up a 3 mesi, 15 (83,3%) a 6 mesi, assumendo con regolarità il GHB per tutta la durata dello studio alla dose media anticraving di 26,7 ml/die (15-70). I drop-out sono in totale 3 (16,7% del campione, 1 bevitore non controllato al follow up del 1° mese, 1 astinente e 1 bevitore controllato al follow up del 6° mese).

Risultano astinenti 12 soggetti (66,6%), 3 (16,7%) hanno ridotto il consumo (consumo controllato), 3 (16,7%) hanno continuato a consumare alcol in modo non controllato.

Solo 5 soggetti (27,7%) hanno accettato l'inserimento in un gruppo di auto-aiuto ed 1 (7,1%) è entrato in una comunità terapeutica residenziale (tab. 3).

Tab. 1

Caratteristiche generali	N.	%
Scolarità		
- Elementare	4	22,2
- Media inferiore	11	61,1
- Corso professionale	2	11,1
- Media superiore	1	5,6
Lavoro		
- Occupato	14	78,7
- Disoccupato	1	5,6
- Pensionato	3	16,7
Stato civile		
- Non coniugato	3	16,7
- Coniugato	13	72,1
- Separato o divorziato	2	11,2
Convivenza		
- Solo	2	11,1
- Con coniuge/con coniuge e figli	8/5	72,2
- Con famiglia d'origine	3	16,7

Tab. 2

Caratteristiche generali	N.	%
Grado di dipendenza		
- Grave	12	66,7
- Moderato	6	33,3
DSM IV Asse I		
- Disturbo d'ansia generalizzato	3	16,7
- Disturbo depressivo maggiore	4	22,2
- Gioco d'azzardo patologico (GAP)	2	11,1
- Nessuna diagnosi	9	50,0
DSM IV Asse II		
- Disturbo schizoide	1	5,6
- Disturbo borderline	2	11,1
- Disturbo narcisistico	2	11,1
- Disturbo evitante	1	5,6
- Disturbo NAS	3	16,6
- Nessuna diagnosi	9	50,0
DSM IV Asse III		
- Cirrosi epatica (2) + infezione da HIV (1)	2	11,1
- Diabete/ipertensione arteriosa/ rettocolite ulcerosa	1/2/1	22,2
- Epatite cronica HCV correlata	1	5,6
- Nessuna diagnosi	11	61,1

Tab. 3

Esito del trattamento (1-3-6 mesi)	1° (N.)	3° (N.)	6° (N.)	N.	%
Permanenza in trattamento					
- Drop-out	1	0	2	3	16,7
- Completa adesione	17	17	15	15	83,3
Programma riabilitativo					
- Gruppo di auto-aiuto	4	1		5	27,7
- Comunità residenziale			1	1	5,6
Assunzione di alcol					
- Astinenti	12	12	11	12	66,6
- Bevitori controllati	5	3	3	3	16,7
- Bevitori non controllati	0	2	1	3	16,7

Tab. 4

Esito del trattamento (1-3-6 mesi)	0	1°	3°	6°
Esami di laboratorio (valori medi)				
- MCV	98,2	93,3	94,2	91,2
- GGT	145,8	36,1	55,2	26,7
- CDT	4,4	3,2	2,6	2,5
VAS intensità	16,0	12,8	11,2	7,1
VGF	53,5	62,6	63,7	65,5
CGI				
- Gravità	4,6			
- Miglioramento		2,8	3,7	3,3

Tab. 5

Esito del trattamento (6 mesi) nei differenti gruppi	Astinenti (N.)	Bevitori controllati	Bevitori non controllati
Grado di dipendenza			
- Grave	6	3	3
- Moderato	6	0	0
VAS intensità	7,4 (2-25)	35,5 (3-68)	50 (45-55)
VGF	69,7 (55-80)	55 (40-70)	50
CGI			
- Miglioramento	3,1 (2-4)	3,3 (3-4)	5
CDT	2,5 (1,9-3,7)	3,2 (2,9-3,5)	10,2 (2,5-18)

Nei pazienti astinenti si è rilevato un miglioramento più netto dei parametri bioumorali ed un miglior punteggio in tutte le scale di valutazione psicosociale rispetto ai non astinenti (tabb. 4 e 5); in questi ultimi si è comunque rilevata una riduzione dei valori patologici.

Gli effetti indesiderati del GHB, poco frequenti e di lieve entità e presenti durante le prime somministrazioni, in nessun caso hanno reso necessaria la sospensione del farmaco; non è stato inoltre evidenziato alcun abuso del farmaco.

Tra i soggetti non astinenti 4 hanno successivamente accettato di assumere il disulfiram, in associazione con il GHB.

Gli psicofarmaci associati sono stati: antidepressivi citalopram (20 mg/die), sertralina (50 mg/die) e venlafaxina (75 mg/die); ansiolitici alprazolam (0,75 mg/die) e triazolam (0,25 mg/die); neurolettico atipico olanzapina (10 mg/die).

Discussione

Se da un lato il GHB necessita di un'assunzione frazionata nell'arco della giornata e di procedure controllate per l'affido, dall'altro ha scarsi effetti indesiderati che non necessitano della sospensione del farmaco, assenza di sintomi di dipendenza, sicurezza in associazione con psicofarmaci, efficacia nel ridurre il consumo di alcol (minore numero di drink-unità alcoliche per settimana e totali durante il trattamento) con aumento dei giorni di astinenza sia a breve che a medio termine, nel controllo del craving e nella prevenzione delle ricadute.

Anche nel nostro ridotto campione di alcolodipendenti moderati-gravi è risultata elevata la presenza di comorbidità psichiatrica con necessità di un adeguato trattamento psicofarmacologico (è stato associato un trattamento con antidepressivi SSRI o SNRI o con neurolettici atipici nel 66,6% dei casi).

La gravità della dipendenza (nel nostro campione sono assenti le ricadute nel gruppo "moderato") e la presenza di comorbidità psichiatrica (tutti i bevitori non controllati hanno una diagnosi sia in asse I che in asse II) sono correlate al rischio di ricaduta come pure la giovane età del soggetto (tutti i bevitori hanno un'età inferiore a 42 anni).

La ritenzione in trattamento risulta correlata negativamente alla gravità del consumo di alcol, ma è anche influenzata dalla presenza di disturbi di personalità (2 drop out con disturbo borderline), dal gioco d'azzardo patologico, dalla giovane età (i drop out hanno età inferiore a 42 anni) e dall'assenza di un partner stabile.

Rispetto al gruppo di alcolodipendenti trattato con GHB nel 2002 presso il Servizio di Alcolologia, ma non inserito nello studio, si rileva una percentuale sovrapponibile di ritenzione nel trattamento farmacologico (83,3% vs 81,8%), ma una percentuale maggiore di soggetti astinenti da alcol (66,6% vs 48,5%).

Una minore percentuale di drop out viene inoltre rilevata in confronto con un campione trattato con GHB presso lo stesso Servizio nel 1999 (16,7% del campione attuale rispetto al 32,6% del campione del 1999) [22].

Durante il primo mese di trattamento, a seguito della fase di disintossicazione-stabilizzazione con i punteggi di CIWA-AR e VAS bassi (rispettivamente 1,1 e 10 mm), vi è stato un solo drop-out; questo dimostra l'efficacia del GHB nel controllo della sindrome d'astinenza e del craving acuto correlato, che risultano fondamentali per l'adesione e per la ritenzione in trattamento.

Un buon farmaco anticraving, infatti, deve avere le seguenti caratteristiche: prevenire o ridurre i sintomi della sindrome d'astinenza ed il craving, prevenire le ricadute e normalizzare il funzionamento psicosociale, essere assunto oralmente, essere sicuro e con effetti indesiderati lievi ed essere efficace in una percentuale di pazienti superiore al 15-20%; la breve emivita del farmaco può essere compensata efficacemente con l'aumento del numero delle somministrazioni, fino a 6/die [13, 25].

Nei 18 soggetti inseriti nello studio si evidenzia una minore partecipazione a gruppi di auto-aiuto (solo 1/3 dei soggetti, rispetto ai 2/3 del 1999); mentre si rileva una maggiore adesione al supporto psichiatrico (counseling, trattamento psicofarmacologico e psicoterapia individuale) fornito all'interno del trattamento riabilitativo integrato; per tale supporto, inoltre si segnala un buon grado di soddisfazione dei pazienti che è correlato con una buona alleanza terapeutica ed una buona compliance, variabili predittive favorevoli di esito positivo del trattamento.

Il supporto psichiatrico è un trattamento aggiuntivo essenziale per pazienti con comorbidità psichiatrica moderata e grave per migliorare gli esiti del trattamento [45, 46, 49, 50, 51].

Non si rileva una correlazione significativa fra il dosaggio del GHB e gli esiti del trattamento (il gruppo degli astinenti ha assunto dosi < 30 ml/die).

In conclusione il trattamento dei pazienti alcolodipendenti con GHB, in associazione o meno con psicofarmaci, si dimostra efficace nel prevenire la ricaduta (verificatasi in circa 1/3 del campione) anche in soggetti con problemi alcolcorrelati di entità moderata o grave.

Tale trattamento, in soggetti adeguatamente preparati e motivati, permette un miglioramento sia a livello psicopatologico che relazionale e sociale, con miglioramento della qualità della vita.

Bibliografia

- [1] Gessa G.L., Colombo G., "L'acido gamma-idrossibutirrico (GHB): un neurotrasmettitore, una medicina, una sostanza d'abuso", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1, 1998.
- [2] Wu H., Zink N., Carter L.P., Mehta A.K., Hernandez R.J., Ticku M.K., Lamb R., France C.P., Coop A., "A tertiary alcohol analog of gamma-hydroxybutyric acid as a specific gamma-hydroxybutyric acid receptor ligand", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 305 (2), 2003.

- [3] Cammalleri M., Brancucci A., Berton F., Loche A., Gessa G.L., Francesconi W., "Gamma-hydroxybutyrate reduces GABA (A) - mediated inhibitory postsynaptic potentials in the CA 1 region of hippocampus", *Neuropsychopharmacology*, 27 (6), 2002.
- [4] Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Fertoni Affini G., Maestri D., Avanzini P., Zaimovic A., Franchini D., Delsignore R., "Naloxone and metergolina effects on growth hormone response to gamma-hydroxybutyric acid", *International Clinical Psychopharmacology*, 10, (4), 1995.
- [5] Follés P., Mancuso L., Biggio G., "Gamma-hydroxybutyric acid and diazepam antagonize a rapid increase in GABA(A) receptors alpha (4) subunit mRNA abundance induced by ethanol withdrawal in cerebellar granule cells", *Molecular Pharmacology*, 63 (4), 2003.
- [6] Gerra G., Marcato A., Fertoni Affini G., Avanzini P., Lecchini R., Maestri D., Fontanesi B., Caccavari R., Delsignore R., "Gamma-hydroxy-butyrac acid (GHB) and neuroendocrine function in humans", *Neuroendocrinology Letters*, 16, (1), 1994.
- [7] Kleinschmidt S., Mertzluff F., "Gamma-hydroxybutyric acid-significance for anesthesia and intensive care medicine?", *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, 30, (7), 1995.
- [8] Gallimberti L., Cibin M., Pagnin P., Sabbion R., Pani P.P., Pirastu R., Ferrara S.D., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of opiate withdrawal syndrome", *Neuropsychopharmacology*, 9, (1), 1993.
- [9] Gallimberti L., Canton G., Gentile N., Ferri M., Cibin M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Lancet*, 2, 1989.
- [10] Di Bello M.G., Gambassi F., Mignai L., Masini E., Mannaioni P.F., "Gamma-hydroxy-butyrac acid induced suppression and prevention of alcohol withdrawal syndrome and relief of craving in alcohol dependent patients", *Alcologia*, VII, 2, 1995.
- [11] Addolorato G., Balducci G., Capristo E., Attilia M.L., Taggi F., Gasbarrini G., Ceccanti M., "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1999.
- [12] Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Bernardi M., Stefanini G.F., Gasbarrini G., "A case of gamma-hydroxybutyric acid withdrawal syndrome during alcohol addiction treatment: utility of diazepam administration", *Clinical Neuropharmacology*, 22, 1999.
- [13] Gallimberti L., Ferri R., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L., "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence; a double blind study", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16, 1992.
- [14] Addolorato G., Stefanini G.F., Gasbarrini G., "Manageability and tolerability of gamma-hydroxybutyric acid in the medium-term outpatient treatment of alcoholism", *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 1997.
- [15] Addolorato C., Cibin M., Capristo E., Beghé F., Gessa C.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G., "Maintaining abstinence from alcohol by gamma-hydroxybutyric acid", *Lancet*, 1998.
- [16] Maremmani I., Balestri L., La Manna F., Tagliamonte A., "Efficacy of split doses of GHB used as craving in the treatment of alcohol dependence: preliminary results", *Alcoholism*, 34, 1998.
- [17] Addolorato G., Cibin M., Caputo F., Capristo E., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G., "Gamma-hydroxybutyric acid in treatment of alcoholism: Dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients", *Drug and Alcohol Dependence*, 53, 1999.
- [18] Poldrugo F., Addolorato C., "The role of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: from animal to clinical studies", *Alcohol and Alcoholism*, 34, 1999.
- [19] Gallimberti L., Spella R.M., Soncini C.A., *Una nuova prospettiva nello studio e nella terapia della dipendenza alcolica. L'acido gamma-idrossibutirrico*, in Cassano G.B. et al., *Disturbi da uso di alcol. Trattato Italiano di psichiatria*, Masson, Milano, 2000.
- [20] Beghé F., Carpanini M.T., "Profilo di safety del GHB", *Medicina delle Tossico-dipendenze*, 24, 1999.
- [21] Cibin M., Zavan V., "Farmacoterapia dell'alcolismo", *Quaderni di Itaca*, 37, 1999.
- [22] Faccini M., Biasin C., Manzato E., *La terapia farmacologica anti-craving nel trattamento riabilitativo integrato dell'alcoldipendenza*, in Manzato E., Barbera G., *La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza*, Litozetate, Zevio (Verona), 2000.
- [23] Gessa G.L., Colombo G., Agabio R., *Farmacoterapia dell'alcolismo*, in Govoni S., *La farmacoterapia 2002*, Selecta Medica, Pavia, 2002.
- [24] Nava F., *L'alcol*, in Nava F., *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- [25] Maremmani I., La Manna F., Tagliamonte A., "Long-term therapy using GHB (Sodium Gamma Hydroxybutyrate) for treatment-resistant chronic alcoholics", *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 2, 2001.
- [26] Maremmani I., Cannoniero S., Pacini M., *Clinica e terapia dei disturbi da uso di sostanze. Farmaci che riducono l'uso di alcol, cocaina e oppiacei*, in Maremmani I., *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini, Pisa, 2001.
- [27] Caputo F., Addolorato C., Lorenzini F., Domenicali M., Greco G., Gasbarrini G., Stefanini G.F., Bernardi M., "Gamma-hydroxybutyric acid versus naltrexone in maintaining alcohol abstinence: an open randomized comparative study", *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 2003.
- [28] Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M., Perugi G., "The clinical and therapeutic aspects of alcoholism in heroin-addicted patients", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 5, (2), 2003.
- [29] Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Stefanini G.F., Gasbarrini G.A., "Gamma-hydroxybutyric acid: efficacy, potential abuse and dependence in the treatment of alcohol addiction", *Alcohol*, 53, 2000.
- [30] Cibin M., Hinnental H., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V., "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcolologico", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1, 2001.
- [31] Gerra G., Zaimovic A., "L'acido gamma-idrossibutirrico (GHB) come farmaco", *Mission*, 8, 2003.
- [32] Manzato E., Sassi R., Faustini S., Biasin C., Cifelli G., "La complessità nel trattamento riabilitativo della comorbilità psichiatrica associata all'alcoldipendenza", *Mission*, 10, 2004.
- [33] Mason P.E., Kerns W.P., "Gamma hydroxybutyric acid (GHB) intoxication", *Academic Emergency Medicine*, 9, (7), 2002.
- [34] Ferrara S.D., Zotti S., Tedeschi L., Frison G., Castagna F., Gallimberti L., Gessa G.L., Palatini P., "Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid in alcohol dependent patients after single and repeated oral doses", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 34, (3), 1992.
- [35] Feldman N., Croquette-Krokar M., "New Drugs: Ecstasy and Gamma-Hydroxy-Butyrate (GHB)", *Vertex*, 13 (47), 2002.
- [36] Li J., Stokes S.A., Woeckner A., "A tale of novel intoxication: a review of the effects of gamma-hydroxybutyric acid with recommendations for management", *Annals of Emergency Medicine*, 31 (6), 1998.
- [37] Galloway G.P., Frederick S.L., Staggers F.E., Gonzales M., Stalcup S.A., Smith D.E., "Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence", *Addiction*, 92, 1, 1997.
- [38] Galloway G.P., Carai M.A., "GHB in I tabella. Abuso in soggetti non alcolisti", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 25, 1999.
- [39] Miotto K., Darakjian J., Basch J., Murray S., Zogg J., Rawson R., "Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal", *American Journal of Addiction*, 10, 3, 2001.
- [40] Dyer J.E., Roth B., Hyma B.A., "Gamma-hydroxybutyric withdrawal syndrome", *Annals of Emergency Medicine*, 37 (2), 2001.
- [41] Freese T.E., Miotto K., Reback C.J., "The effects and consequences of selected club drugs", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23 (2), 2002.
- [42] Bosman I.J., Luthof K.J., "Forensic cases involving the use of GHB in The Netherlands", *Forensic Science International*, 133, (1-2) 2003.
- [43] Cifelli G., Manzato E., Biasin C., "L'assessment diagnostico nella pratica clinica", *Mission*, 7, 2003.
- [44] Manzato E., Biasin C., Cifelli G., Faccini M., Gianfilippi G., "Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica", *Mission*, 6, 2003.
- [45] Manzato E., Fea M., "Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto", *Mission*, 10, 2004.
- [46] Movalli M., *L'outcome nei trattamenti dell'alcolismo: la ricerca sui fattori predittivi*, in Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C., *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- [47] Nielsen B., Nielsen A.S., Wraae O., "Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 2000.
- [48] Schuckit M.A., *Obiettivi del trattamento*, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
- [49] Miller W.R., Hester R.K., *Matching problem drinkers with optimal treatments*, in Miller W.R., Heather N.H., *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum, New York, 1986.
- [50] Hester R.K., *Ricerca sui risultati*, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
- [51] Woody G.E., McLellan T., O'Brien C.P., Luborsky L., "Affrontare la comorbilità psichiatrica", *Basis*, 8, 1994.

Le proposte congressuali di FeDerSerD per il primo quadrimestre 2005. Le iniziative sono accreditate ECM per tutte le figure professionali dei servizi.

Per ogni informazione rivolgersi alla segretaria organizzativa FeDerSerD - EXPOPOINT: tel. 031748814 - fax 031751525 e-mail federserd@expopoint.it

La Scuolina Parole Stupefacenti Faenza 8-10 marzo 2005

Anche quest'anno FeDerSerD, da un'idea OWL Onlus, organizza nei giorni 8-9-10 marzo, a Faenza, la Scuolina, giunta al secondo anno.

Apertura l'8 marzo alle 14.00.

Si inizia con una tavola rotonda/intervista sul tema *"I SERT esistono o desistono?... E se desistono? La cultura che ci attribuiscono, quella che abbiamo, quella che non abbiamo"*, con la partecipazione di Edo Polidori, Claudio Renzetti, Alfio Luc-

chini, Riccardo De Facci, Pat O'Hare, Annette Verster e Laura Tidone.

Ecco i 3 corsi previsti quest'anno.

Leadership e managerialità: per le donne è possibile?

Docenti: Luisa Cavaliere e Guglielmina Marcucci

Storia ed antropologia delle droghe

Docente: Giorgio Samorini

Farsi di immagini

Docente: Michele Marangi

I corsi e l'anno scolastico si chiudono il 10 pomeriggio in plenaria con una riflessione finale (chiusura ore 17).

Direttore della Scuolina:

Edo Polidori

Psicopatologia delle dipendenze

Torino 28-29 aprile 2005

In collaborazione con SITD Piemonte/Valle d'Aosta

Tematiche:

- ▶ Psicologia e Neuroscienze
- ▶ Piacere, dolore, memoria
- ▶ Interpretazioni etiologiche della dipendenza
- ▶ Il significato psicologico della dipendenza
- ▶ La psicoterapia e la relazione
- ▶ Tecniche psicoterapeutiche applicate alle patologie da dipendenza
- ▶ Psicopatologia delle dipendenze
- ▶ Psicoterapia e farmaci: lavorare insieme
- ▶ Due aspetti di particolare rilievo nelle dipendenze: l'impiego degli antipsicotici atipici e degli antidepressivi
- ▶ Possibili ricadute operative della riflessione psicopatologica sui Servizi
- ▶ Sessione poster

Alcuni dei relatori:

Mancia, Fiscella, Rigliano, Bignamini, De Bernardis, Consoli, Maffei, Ferrero, Fulcheri, Zarmati, Berrini, Delsedime, De Tiberis, Revelli, Cappello, Maina, Ferdico, Cammarata, Girardengo, Podio, Bozzarelli

NOTIZIE IN BREVE

INCONTRO NAZIONALE FeDerSerD-CNCA

Mercoledì 20 ottobre 2004 al Palazzo dei Congressi in Firenze si sono incontrate le delegazioni nazionali di FeDerSerD (Coacci, Lucchini, D'Egidio, Fea) e del CNCA (Babolin, Marzocchi, De Facci).

L'occasione ha permesso di fare il punto sulle prossime incombenze nazionali.

Franco e costruttivo lo scambio di opinioni sulla realtà del Cartello nazionale, iniziativa strategica per il CNCA. FeDerSerD ha ribadito la presenza nel Cartello, con un profilo né alto né basso, ma di chiarezza e di livello tecnico. In particolare la necessità di un confronto con le Regioni, in quanto alta è la insoddisfazione degli operatori dei Servizi per quello che sta avvenendo a livello decentrato nelle politiche sulle dipendenze, e a prescindere dai diversi indirizzi politici dei governi regionali.

Le due delegazioni si sono poi soffermate sulla necessità di convocare il Tavolo di Alta Integrazione (FeDerSerD-FICT-CNCA), considerati gli argomenti ancora ampi da analizzare sul piano tecnico: ad esempio i modelli applicativi regionali, la diagnosi, il monitoraggio, gli strumenti e i percorsi individuali e le terapie.

Infine vi è stato uno scambio di opinioni sugli organismi annunciati al Congresso dal direttore del Dipartimento Nazionale Antidroga Carlesi, rilevando l'importanza della presenza del sistema di intervento reale nella Consulta degli operatori ed esperti prevista dal DPR 309.

**I Congresso della Federazione Lombarda di FeDerSerD
Il ruolo dei Servizi Territoriali delle Dipendenze
tra alleanza terapeutica, risorse professionali, vincoli normativi
Milano, 17-18 marzo 2005 - Centro Congressi Hotel Michelangelo**

Il programma del Congresso è allegato a questo fascicolo di MISSION.

Assemblea nazionale e Direttivo nazionale Firenze, 19 ottobre 2004

L'Assemblea nazionale di FeDerSerD si è aperta alle ore 18 del 19 ottobre con la relazione del Presidente uscente Alessandro Coacci sulla gestione del triennio 2001-2004. In seguito sono state approvate all'unanimità alcune modifiche statutarie, delegando i nuovi organi dirigenti alla stesura definitiva e registrazione delle variazioni di statuto. Si è passati poi alla relazione del Comitato Elettorale. Infatti durante il II Congresso Nazionale della Federazione si sono tenute al Palazzo dei Congressi di Firenze le votazioni per il rinnovo del Direttivo Nazionale. Il seggio elettorale è stato curato dal Comitato elettorale composto dai colleghi Ferdinando Cesarini, Francesco Santangelo, Enrico Nocera, Giuseppe Vena e Edoardo Cozzolino, che hanno garantito il voto e curato lo scrutinio. L'Assemblea nazionale, alla presenza di oltre 100 soci, ha ratificato l'esito dello scrutinio, illustrato dal presidente del Comitato elettorale Edoardo Cozzolino, che ha letto il verbale redatto unanimemente dai cinque membri. Sono stati 196 i soci che hanno espresso il voto, con 185 voti alla lista unitaria presentata.

Nel verbale il Comitato elettorale segnala la grande rilevanza della novità del voto diretto tramite seggio e lista di candidati, segnalando altresì la necessità di migliorare le procedure in futuro.

Proclamati i membri eletti del direttivo per il triennio 2004-2007, si è riunito immediatamente il nuovo organismo (presenti 18 membri su 20, assenti per impegni istituzionali Sacchini e Bignamini) che ha proceduto alla elezione del Presidente, Vicepresidente, Segretario esecutivo e Presidente del Collegio di Garanzia.

Ampia la discussione che ha portato alle nuove nomine ad amplissima maggioranza e senza voti contrari.

Alessandro Coacci confermato alla presidenza e Alfio Lucchini alla segreteria esecutiva.

Alla carica di vicepresidente è stato nominato Guido Fallace.

Bernardo Grande è stato nominato presidente del collegio nazionale di garanzia.

Alle ore 20 si è conclusa la seduta.

Gli eletti nel Direttivo Nazionale di FeDerSerD

LUCIANA BACCI	14/12/1952	Toscana
ROBERTA BALESTRA	11/01/1958	Friuli-Venezia Giulia
EMANUELE BIGNAMINI	14/10/1956	Piemonte
ROBERTO CATALDINI	25/10/1959	Puglia
ALESSANDRO COACCI	14/10/1947	Toscana
ANTONIO D'AMORE	16/03/1962	Campania
PIETRO FAUSTO D'EGIDIO	07/07/1954	Abruzzo
DONATO DONNOLI	19/07/1956	Basilicata
MAURIZIO D'ORSI	15/10/1963	Campania
GUIDO FAILLACE	16/09/1953	Sicilia
MAURIZIO FEA	22/09/1947	Lombardia
BERNARDO S. GRANDE	26/12/1949	Calabria
CLAUDIO LEONARDI	24/02/1958	Lazio
RAFFAELE LOVASTE	03/12/1953	Trentino-Alto Adige
ALFIO LUCCHINI	01/12/1955	Lombardia
EZIO MANZATO	18/04/1950	Veneto
NORBERTO PENTIRICCI	26/09/1952	Umbria
EDOARDO POLIDORI	21/06/1952	Emilia-Romagna
GIANNA SACCHINI	05/09/1952	Marche
GIORGIO SERIO	20/12/1959	Sicilia



Direttivo nazionale di FeDerSerD Montecatini Terme, 9 novembre 2004

Presiede: Alessandro Coacci

Verbalizza: Alfio Lucchini

Presenti 17 membri su 20.

Assenti giustificati: Giorgio Serio, Gianna Sacchini e Luciana Bacci

Ore 18.30-00.30

Odg:

1. Il Congresso Nazionale: prima analisi
2. Ufficio di Presidenza: designazione componenti
3. Tesoriere: nomina e regole di tesseramento
4. Comitato Scientifico: nomina coordinatori
5. Anno 2005: linee programmatiche e di indirizzo
6. Iniziative anno 2005 e atti congressuali
7. Quote tesseramento anno 2005
8. Varie ed eventuali

Il Presidente apre i lavori e saluta i nuovi membri del direttivo.

1. Congresso nazionale di Firenze

Il Segretario illustra i dati della partecipazione al congresso, la divisione per professioni, e si dibatte (Balestra, Lucchini, Polidori, Fea, Lovaste, d'Amore) su alcune caratteristiche del congresso, con attenzione ad alcune sessioni che hanno presentato qualche criticità, quale quella sulla cannabis. Si decide una lettera ai soci con note sul Congresso.

2. Ufficio di Presidenza

Viene letta la lettera di nomina fatta dal Presidente, per i consiglieri d'Amore e D'Egidio.

Di diritto sono membri il segretario esecutivo Lucchini e il vicepresidente Faillace.

Nella discussione intervengono Grande e d'Amore.

3. Tesoriere

Luciana Bacci viene nominata tesoriere, per un anno, in stretto rapporto con Expopoint, a cui viene da subito assegnato il tesseramento.

Viene delegato il segretario esecutivo a valutare i costi della segreteria organizzativa offerta da Expopoint, nonché alle procedure economiche, bancarie (apertura e chiusura di conto corrente bancari e di corrispondenza) necessarie per la nuova modalità organizzativa di gestione tesseramento.

4. Comitato Scientifico Nazionale

Il presidente propone a norma statutaria i tre membri del direttivo per il coordinamento: Ezio Manzato, Claudio Leonardi, Giorgio Serio, che proporranno i nomi del comitato scientifico nazionale.

Si segnala la necessità di valorizzare l'attività del comitato, prendendo spunto da necessità anche nuove (ECM, FAD, valutazione di qualità delle iniziative di FeDerSerD).

Anche le Commissioni nazionali devono essere maggiormente valorizzate.

Ampia discussione (Lucchini, Manzato, Leonardi, Grande, d'Amore, Fea).

5. Linee programmatiche e di indirizzo 2005

Viene ribadita l'autonomia della Federazione e la forte caratterizzazione scientifica che la Federazione deve sempre più assumere.

Verrà definito un Documento programmatico utile anche per la Quarta Conferenza nazionale DPR 309 prevista per il 2005, che si basi sulla forte salvaguardia dei servizi, su un diverso rapporto Stato-Regioni, sulla necessità di un fondo nazionale antidroga autonomo e specifico, su un concetto nuovo di regionalizzazione e applicazione della legge 328/2000.

Il Tavolo di Alta Integrazione con FICT e CNCA è strategico per le proposte tecniche del sistema di intervento. Si decidono le linee per l'incontro del 29 novembre a Milano con SITD e per la partecipazione al Congresso SIPDIP di Rimini di dicembre.

Maurizio Fea illustra il documento nazionale sulle proposte di modifica al DPR 309.

Segue una ampia discussione con la partecipazione di fatto di tutti i membri del direttivo.

Tra i temi toccati: la verifica puntuale di quello che avviene nelle singole Regioni, l'impegno da rinnovare per disciplina e specialità. Ampio spazio alla necessità di valorizzare i presupposti scientifici oltre che l'etica, le norme e i diritti. Sul rapporto tra educazione e punizione intervengono vari consiglieri.

Si decide, su proposta del segretario, la metodologia da seguire per arrivare in tempi brevi e con la massima partecipazione di tutto il direttivo alla redazione finale del documento.

6. Iniziative 2005 e atti congressuali

Vengono approvate di massima le iniziative congressuali in Lombardia, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Abruzzo, Campania e il tematico nazionale in Sicilia su "Cocaina e poliabuso".

Si invitano i responsabili regionali ad inviare all'Ufficio di Presidenza i programmi di base.

Si decide di produrre alcuni volumi di atti congressuali e in particolare di assegnare la cura a: volume parte istituzionale (Lucchini, Faillace, D'Egidio e d'Amore); volu-

me comunicazioni e poster (Strepparola e Di Carlo); volume parte infettivologica (Leonardi e Barbarini)
Si approva di produrre tutte le sessioni scientifiche congressuali in cd/dvd completi di tutta la registrazione degli interventi, delle diapositive e foto prodotte, utili anche per moduli FAD e si incarica D'Egidio di curare la fase propedeutica.

7. Tesseramento anno 2005

Si confermano le quote di:

- 45,00 € per laureati;
- 25,00 € per non laureati.

Viene approvata la modalità per la trasmissione delle tessere e le regole economiche e procedurali.

8. Varie ed eventuali

- Viene delegato il consigliere Lovaste di integrare il questionario sulla realtà dei servizi italiani e decisa la modalità operativa.
- Il segretario illustra l'andamento della audizione che FeDerSerD ha avuto alla Camera dei Deputati (commissioni congiunte Giustizia e Affari Sociali) sul tema della Medicina Penitenziaria.
- Il consigliere Polidori illustra l'andamento del Cartello Nazionale e la partecipazione delle Regioni con la prevista conferenza del 7 e 8 febbraio 2005.
- La consigliera Balestra illustra la richiesta di partecipazione ai lavori del Forum Nazionale Salute Menta-

le, che a dicembre terrà un incontro a Camaiore. L'Ufficio di presidenza valuterà l'adesione e la partecipazione.

- Vengono esaminate alcune questioni interne alla Federazione (valutazione di realtà legate ad organismi regionali e al collegio nazionale di garanzia).
- Infine si apre una articolata discussione sulle regole interne alla Federazione e sui poteri degli organismi dirigenziali, obiettivamente aumentati di numero dopo le modifiche statutarie congressuali.

In particolare inizia una riflessione sui compiti dell'Ufficio di Presidenza (gestione corrente della Federazione, di supporto al presidente e di decisionalità in casi di urgenza o di delega dal direttivo) e del Direttivo Nazionale (indirizzo generale e programmazione, oltre ad intervenire su questioni e decisioni rilevanti per la politica della Federazione).

Al termine della riunione si decide di convocare il direttivo nazionale almeno ogni quattro mesi.

La riunione del Direttivo nazionale è stata preceduta in data 8 novembre dalla riunione dell'Ufficio di Presidenza, presenti tutti i componenti (Coacci, Faillace, Lucchini, D'Egidio e d'Amore) che ha esaminato i punti all'odg del direttivo nazionale per il dovuto approfondimento di istruttoria.

Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD Roma Fiumicino, 28 dicembre 2004

Presenti: Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Antonio d'Amore, Fausto D'Egidio

Assente giustificato: Guido Faillace

Presiede: Alessandro Coacci

Verbalizza: Alfio Lucchini

Ore 11.00-16.30

La riunione, convocata a seguito delle risultanze congressuali di Firenze e delle determinazioni del direttivo nazionale di FeDerSerD tenutosi in novembre a Montecatini Terme, inizia con l'esame dei compiti dell'Ufficio di Presidenza, che deve gestire correntemente la Federazione, agire anche su delega del Direttivo nazionale, decidere se ricorrono necessità a carattere di urgenza, oltre che essere di supporto alla attività e alle prerogative del presidente stesso.

Si afferma un metodo di lavoro che preveda massima trasparenza con informativa puntuale al direttivo nazionale.

Il presidente legge l'odg, vengono proposte ulteriori integrazioni.

Il presidente illustra alcuni contatti istituzionali avvenuti nelle ultime settimane utili alla programmazione delle attività 2005, nonché sottolinea alcune linee generali dell'opera della Federazione.

1. Iniziative per l'anno 2005: aspetti organizzativi, economici e scientifici

Vengono confermate le iniziative di Faenza (8-10 marzo), Milano (17-18 marzo), Torino (28-29 aprile), Roma (8-10 giugno), Napoli, Palermo (tematico nazionale - cocaina, poliabuso).

Si prende atto di iniziative specifiche formative brevi in Veneto e in Puglia.

Si valuta come opportuna, previa verifica con il calendario delle iniziative anche istituzionali, una iniziativa a Pescara (tematico nazionale - prevenzione).

Si esaminano le situazioni economiche evento per evento allo stato attuale.

Vi sono le condizioni per procedere organizzativamente.

Si valuta positivamente un seminario di approfondimento nella seconda metà del 2005 con ISTUD a seguito del master biennale appena concluso.

Si approva l'approfondimento degli aspetti scientifici e della fattibilità economico-organizzativa.

2. Laboratorio sulle dipendenze "di Perugia"

Si conferma quanto già indicato ai membri del direttivo dal consigliere Maurizio Fea e dal Segretario.

Non vi sono al momento adesioni sufficienti segnalate dal direttivo nazionale tali da permettere una presenza organizzata in modo complessivo della Federazione.

Si ribadisce l'interesse della Federazione alla iniziativa e si favorirà la partecipazione di dirigenti della Federazione disponibili.

3. Conferenza delle Regioni, Bologna, 7-8 febbraio 2005

Ampia è la discussione sulla iniziativa.

La presenza di FeDerSerD, firmataria del cartello, sarà significativa ed anche finalizzata alla illustrazione del nostro documento che prende spunto dalle proposte di revisione del DPR 309, ma vuole essere documento di più ampio respiro.

Il confronto con le Regioni, o anche con una parte di esse, è centrale per la Federazione, considerati i poteri regionali e l'attività territoriale dei servizi.

Tre sono i delegati come relatori principali: Maurizio Fea, Fausto D'Egidio e Edoardo Polidori.

È evidente che criticità emerse in fase preparatoria a livello di singole regioni devono trovare chiarimento a tale livello.

4. Comitato Scientifico nazionale

La definizione del comitato scientifico nazionale assume carattere di urgenza per vari motivi: necessità di iniziare ai sensi statutari la programmazione 2005, richieste della Commissione ECM nazionale di definire chiaramente composizione e compiti del Comitato scientifico, delega ai tre coordinatori nazionali Claudio Leonardi, Giorgio Serio e Ezio Manzato da parte del direttivo nazionale di formulare una proposta di nomi.

Si esamina la proposta prevenuta dai tre coordinatori, ricca di elementi di procedura oltre che delle proposte di nomina.

Tra le procedure, previste dallo statuto, l'Ufficio di presidenza ritiene indispensabile che da subito tutte le iniziative di livello regionale e di carattere superiore debbano essere inviate, in fase di preparazione, ai tre coordinatori del comitato scientifico nazionale per un pare-

re, integrazioni, suggerimenti, dell'insieme del comitato scientifico nazionale, da esprimersi entro dieci giorni alla presidenza.

Lo stesso iter si seguirà per le attività editoriali di carattere scientifico (articoli scientifici da pubblicare).

L'Ufficio di presidenza chiede quindi al direttivo nazionale l'immediata operatività del Comitato scientifico nazionale, considerate le scadenze prossime.

Nel prossimo direttivo nazionale si procederà all'atto formale.

Si prende atto, su indicazione dei colleghi stessi, che organizzativamente, all'interno di un'azione collegiale, Claudio Leonardi coordinerà il Comitato scientifico per il 2005, Ezio Manzato per il 2006, Giorgio Serio per il 2007 fino alla scadenza congressuale.

Fatte le dovute verifiche vengono proposti i seguenti nominativi:

- Antonio Mosti
- Felice Nava
- Clara Baldassarre
- Fabio Mariani
- Gilberto Gerra
- Pier Paolo Pani
- Michele Ferdico
- Roberto Calabria
- Enzo Marino

L'Ufficio di presidenza segnala con vera soddisfazione l'alto livello scientifico che il Comitato esprime.

Su richiesta di un gruppo di iscritti psicologi e medici abilitati alla psicoterapia e dei coordinatori del comitato scientifico, si valuta come rilevante il costituire una Commissione nazionale Psicoterapia.

Si incarica Emanuele Bignamini di formulare una proposta al direttivo nazionale per la Commissione nazionale Psicoterapia.

Si indica di raccordarsi con il coordinatore del comitato scientifico e di formulare una proposta di commissione a maggioranza di psicologi.

5. Collegio nazionale di Garanzia

Il nuovo fondamentale organo statutario prosegue il suo iter dopo la consultazione avvenuta tra i delegati Alessandro Coacci e Antonio d'Amore e il presidente eletto a conclusione del congresso di Firenze, Bernardo Grande.

In sede di ultima redazione materiale dello statuto nazionale l'articolo 20 (Il Collegio di Garanzia) tra l'altro recita "È composto da tre soci, nominati dal Consiglio Direttivo. Il Presidente del Collegio è membro di diritto del Consiglio Direttivo".

L'Ufficio di presidenza invita il presidente Grande a formulare al presidente per la discussione in direttivo nazionale l'indicazione dei due nominativi membri del collegio.

6. Situazione economica della Federazione e previsioni generali 2005

Il segretario illustra la situazione economica, positiva sia a livello della presidenza nazionale sia a livello della segreteria organizzativa - EXPOPOINT delegata alle iniziative della Federazione.

Particolarmente positivo il risultato del Congresso nazionale anche in termini economici; il conto economico potrà essere chiuso entro la metà del 2005.

A seguito della delega del direttivo si confermano le competenze gestionali per il tesseramento alla segreteria organizzativa - EXPOPOINT in collegamento con la tesoriera Luciana Bacci.

Si procederà immediatamente agli atti burocratici idonei.

Si confermano i rapporti tra livello nazionale e livelli regionali, e tra gestione finanziaria nazionale e gestione degli eventi organizzativi.

Verrà presentato in direttivo nazionale a cura del segretario esecutivo il dettaglio dei bilanci congressuali e della offerta per la segreteria organizzativa eventi e tesseramento - EXPOPOINT.

7. Consulta società scientifiche e professionali

Si considerano l'incontro nazionale con SITD avvenuto a Milano a fine novembre 2004 (presenti Coacci, Lucchini, Bignamini e Fea per FeDerSerD, Guelfi e Jarre per SITD), la corrispondenza tra le associazioni e una nota del delegato Maurizio Fea.

L'Ufficio di presidenza conferma la volontà di FeDerSerD di essere parte della Consulta.

FeDerSerD si richiama all'accordo con SITD per superare l'empasse attuale e sostenere la candidatura di Paolo Jarre al coordinamento e tale sarà la linea nell'incontro previsto per il 19 febbraio 2005 a Bologna.

Ovviamente FeDerSerD rimane disponibile ad assumere la responsabilità del coordinamento come originariamente previsto.

8. Documento sulle proposte di modifica del DPR 309 e modalità di comunicazione

Si approvano la redazione finale del documento e le modalità di invio.

Si approva di produrre anche un numero di FeDerSerD Informa (n. 4) in 2.000 copie.

Il documento verrà inviato anche a tutti gli iscritti e a tutti i partecipanti al Congresso di Firenze.

È già pubblicato sul sito www.federserd.it e verrà pubblicato su Mission 12, in distribuzione da febbraio 2005.

L'Ufficio di presidenza richiama tutti i dirigenti a valorizzare il documento, e ringrazia per l'impegno profuso da molti; ricorda altresì come sia logico tenere conto delle valenze e sensibilità locali nelle dovute presentazioni regionali decentrate.

9. FAD

Viene fatto il punto sullo stato dell'arte.

I tempi ministeriali sembrano dilatarsi, nonostante ciò l'Ufficio di presidenza decide di proseguire il lavoro preparatorio in corso, sia in termini di elaborazione progettuale che di contatti con provider già sperimentali.

Alfio Lucchini, Fausto D'Egidio, Felice Nava e il coordinamento del comitato scientifico monitoreranno l'andamento della problematica.

10. Ufficio Stampa nazionale - Comunicazione

Viene visionata la proposta formale di uno studio professionale di giornalisti a seguito di precedenti contatti. Pur ritenendo interessante l'offerta, si decide di valutare altre proposte e sentire alcuni ulteriori pareri.

La valutazione del rapporto costi-benefici deve essere attentamente commisurata alle necessità reali della Federazione.

L'Ufficio di presidenza ribadisce che su questo punto, più volte discusso parzialmente anche in direttivo nazionale, non necessita un incaricato interno alla Federazione, che obiettivamente non riuscirebbe ad aggiungere valore alle nostre capacità di comunicazione esterna, quanto un professionista esterno ingaggiato su precise finalità e target.

I componenti designati del Comitato Scientifico Nazionale

CLAUDIO LEONARDI - Roma, coordinatore

EZIO MANZATO - Verona, coordinatore

GIORGIO SERIO - Palermo, coordinatore

GILBERTO GERRA - Parma/Roma

FABIO MARIANI - Pisa/Roma

PIER PAOLO PANI - Cagliari

ANTONIO MOSTI - Piacenza

FELICE NAVA - Treviso

VINCENZO MARINO - Varese

ROBERTO CALABRIA - Cosenza

CLARA BALDASSARRE - Napoli

MICHELE FERDICO - Agrigento

Sono membri effettivi del Comitato Scientifico Nazionale anche i presidenti dei comitati scientifici delle Federazioni Regionali formalmente costituite

11. Nuova rivista scientifica e attività di Mission e FeDerSerD Informa

A seguito di numerose sollecitazioni di iscritti, dello sviluppo "tumultuoso" di Mission, e ad una analisi della realtà italiana obiettivamente carente in tal senso, si invita il Comitato Scientifico nazionale a studiare la fattibilità di una seconda rivista, puramente scientifica di settore, trimestrale, con tutte le caratteristiche e le modalità organizzative di una rivista riconosciuta di livello.

La proposta deve essere formulata all'Ufficio di presidenza per l'istruttoria al direttivo nazionale.

Dal numero 13 Mission avrà un massimo di 48 pagine e continuerà ad essere stampata in 6000 copie, 4000 delle quali in spedizione.

Mission si caratterizzerà sempre più per i contenuti istituzionali, la vita associativa, la illustrazione di progetti scientifici, di studio e ricerca, la rappresentazione delle iniziative della Federazione e del settore in genere, il dibattito culturale e scientifico di attualità.

Oltre a FeDerSerD Informa n. 4 dedicato al documento DPR 309, l'Ufficio di presidenza autorizza la stampa del numero 5 di FeDerSerD Informa, dedicato al

master FeDerSerD-ISTUD e ai progetti definiti, in 200 copie.

Maurizio Fea è incaricato con i responsabili dei project works a confezionare il fascicolo.

12. Collegio dei revisori dei conti

L'Ufficio di presidenza predisporrà una proposta per il primo direttivo nazionale utile. L'orientamento, previa verifica a cura del presidente, è di proporre la conferma dei componenti attuali.

13. Questionario sui Ser.T.

Viene esaminata la nuova proposta aggiornata da Raffaele Lovaste a seguito della discussione in direttivo nazionale.

La presidenza effettuerà con Raffaele Lovaste un ulteriore passaggio di verifica di alcuni contenuti e procedere alla rilevazione.

Infine, esaminato il calendario delle iniziative del primo trimestre 2005, l'Ufficio di presidenza propone di convocare il direttivo nazionale a Milano, durante il congresso previsto il 17 e 18 marzo 2005.

RECENSIONE



Francesco Giglio

Liberi dall'altro Alcolisti e tossicomani tra cura e catene

Collana: Le professioni nel sociale/
Manuali, coordinata da Alberto
Giasanti
pp. 144, € 14,50 Cod. 1168.1.41 (V)
Prefazione di Luigi Pagano

Cosa sono e come cambiano le tossicodipendenze e gli alcolismi? Che rapporto c'è tra dipendenza e crimine? In che modo la detenzione può essere appropriata per il reato dell'alcolista e del tossicomane? Sono pensabili effetti terapeutici ascrivibili al penitenziario? Come s'influenzano reciprocamente la cura e il castigo?

Queste le principali domande che orientano il testo e che, attraverso il riferimento a molteplici esempi clinici, trovano alcune risposte e aprono, al contempo, nuove, aggiuntive questioni.

Nelle carceri si incontrano numerosi individui che, usando droghe e alcol, si sono temporaneamente liberati dall'Altro, per poi pagarne il prezzo con l'inabissamento nel tempo pietrificato della carcerazione. Tali soggetti smarriti, per mezzo dell'impiego di sostanze hanno provato l'illusione della completa libertà, divenendo viceversa sudditi in grado estremo,

fino al reato, alla reclusione e al relativo ulteriore assoggettamento.

"Il mondo di ciascuno è gli occhi che ha", avverte Saramago nel Memoriale del convento e le pupille trattate dalla teoria e dalla prassi psicoanalitica consentono uno sguardo profondo e disincantato sul medesimo orrore, qualche volta "giustificato" da un guardare che non vede.

Il volume si rivolge a psicologi, psicoanalisti, psichiatri, medici, educatori, assistenti sociali e a tutti gli operatori impegnati nella cura e nella riabilitazione di alcolisti e tossicodipendenti, ma anche a magistrati e politici sensibili alle tematiche psicologiche e sociali, agli agenti di polizia penitenziaria che, insieme ai reclusi e agli operatori, abitano il penitenziario e a tutti i curiosi di un mondo allo stesso tempo alieno al cuore orrido della nostra civiltà.

Il testo si arricchisce del contributo della prefazione di Luigi Pagano, che per quindici anni è stato direttore della Casa Circondariale San Vittore di Milano, e della postfazione di Angelo Villa, psicoanalista ad orientamento lacaniano particolarmente attento al rapporto tra soggetto e istituzione.

Francesco Giglio, psicologo e psicoanalista ad orientamento freudiano lacaniano, vive ed esercita come libero professionista a Milano. Consulente dell'Unità Operativa Carceri dell'Asl Città di Milano presso la Casa Circondariale San Vittore, partecipa alle attività della SLP (Scuola Lacaniana di Psicoanalisi). Ha pubblicato diversi articoli e ha collaborato a numerosi volumi tra cui *Polidipendenze* (FrancoAngeli, 2004), *Sulla soglia* (FrancoAngeli, 2004).

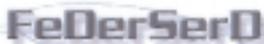
AUDIZIONE PARLAMENTARE SUL RIORDINO DELLA MEDICINA PENITENZIARIA

Le commissioni parlamentari riunite Giustizia e Affari Sociali hanno effettuato un'indagine conoscitiva sullo stato della sanità penitenziaria in Italia, alla luce dello stato di attuazione della riforma introdotta dal decreto legislativo n. 230 del 1999. Martedì 28 settembre 2004 è stata audita FeDerSerD sui temi generali della medicina penitenziaria, della applicazione del decreto legislativo n. 230/99, dello stato dell'arte del passaggio di funzioni specifiche in tema di dipendenza. L'incontro è avvenuto dalle ore 19.30 alle ore 21.30 e la delegazione della Federazione, rappresentativa anche dell'azione in grosse

realità carcerarie, oltre che dal presidente Alessandro Coacci e dal vicepresidente Bernardo Grande, era composta dal segretario nazionale Alfio Lucchini, e dai consiglieri nazionali Giorgio Serio e Claudio Leonardi. Presiedeva la seduta l'on. Paolo Lucchese, sono intervenuti con domande le on. Tiziana Valpiana e Katia Zanotti. Durante l'ampia discussione la Federazione ha messo in rilievo i ritardi applicativi, le realtà decentrate, la realtà in termini di servizi e prestazioni ai detenuti e le necessità dei servizi territoriali. Molto si è discusso di integrazione tra carcere e territorio, di forma-

zione, di linee guida di intervento. Annosa la questione del passaggio delle competenze tra i vari livelli istituzionali dello Stato. Le sperimentazioni regionali e le esperienze delle attività dei Ser.T. in carcere sono state analizzate con attenzione. La Federazione ha ribadito che nessuna difficoltà deve comunque essere alibi per bloccare o limitare i termini della riforma avviata. Il contributo dei nostri dirigenti è stato molto apprezzato dai deputati di maggioranza e di minoranza. Sono stati prodotti e consegnati agli atti numerosi documenti a supporto delle argomentazioni sostenute.

IN ALLEGATO A QUESTO NUMERO IL CALENDARIO 2005 DI FeDerSerD



Sede legale: Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Presidente Onorario
Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale designato
Alessandro Coacci (Presidente),
Guido Faillace (Vicepresidente),
Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),
Luciana Bacci (Tesoriere),
Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,
Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale
Claudio Leonardi (coordinatore),
Ezio Manzato (coordinatore),
Giorgio Serio (coordinatore),
Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Pier Paolo Pani,
Antonio Mosti, Felice Nava, Vincenzo Marino,
Roberto Calabria, Clara Baldassarre, Michele Ferdico

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. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
 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 2005 - 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 ____ / ____ /2005 Firma _____
 Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)
 Estremi ricevuta versamento _____
 Parere del Segretario Esecutivo Favorevole Sfavorevole Firma _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____