

Un rinnovato protagonismo
del sistema dei servizi 1

FeDerSerD/NOTIZIE

Comunicato stampa 3
Lettera del Past president 3

DOCUMENTI

FeDerSerD
Programma politico strategico
per il triennio 2005-2007 4
Non incarcerate il nostro crescere
"Fermiamo lo stralcio Giovanardi" 46
FICT: comunicato stampa
"La FICT insoddisfatta dello stralcio
Giovanardi" 46
Consulta delle Società Scientifiche
e delle Associazioni Professionali
"Droga: una legge autoritaria,
irrazionale ed antiscientifica" 47

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso Tematico Nazionale
"Cocaina e Poliabuso. La realtà
italiana e gli scenari internazionali" 12
Congresso Tematico Nazionale
"La prevenzione delle Tossicodipendenze
e la cultura dell'eccesso: per un cambio
di paradigma che coinvolga tutti" 45

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'Alcolismo: necessità di formazione
per gli operatori (prima parte)
Mauro Ceccanti e Francesca Panebianco 15
Uno studio osservazionale sul decorso
clinico del paziente affetto da un disturbo
da dipendenza da oppiacei con
comorbidità psichiatrica in trattamento
con sostitutivo e antipsicotico atipico
Maria Chiara Pieri, Arfedele Del Re,
Carmine Petio, Francesca Saracino,
Valentina Guidotti, Paola Petrosemo
e Claudio Antonio Comaschi 23
Determinazione della buprenorfina
e suoi metaboliti in campioni biologici.
Tests rapidi, ELISA e RIA a confronto
Immacolata Amoroso, Daniela Giardiello,
Maria Concetta Visconti e Luigi Vrenna 35

DALLE REGIONI 42-44

Lombardia - Veneto - Piemonte -
Abruzzo - Lazio - Campania - Sardegna -
Sicilia

NOTIZIE IN BREVE 42-44

FeDerSerD e Consiglio Nazionale
dell'Ordine degli Assistenti Sociali 41
Una nuova proposta editoriale
per MISSION 48

RECENSIONI 11-41

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Direttivo nazionale
Palermo, 1 dicembre 2005 51
La prima riunione del nuovo
Ufficio di Presidenza
Milano, 3 febbraio 2006 51
Lettera ai soci della Federazione
Pietro Fausto D'Egidio 52

Mission

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



Un rinnovato protagonismo del sistema dei servizi

Il dibattito di questi mesi sulle proposte governative, prima il DDL Fini, poi il ddl stralcio Giovanardi, sulla droga, suona stonato con i veri problemi del settore.

L'incontro di Palermo doveva essere la IV Conferenza nazionale sulle droghe prevista dal DPR 309/90, ma ha visto la partecipazione del 6% dei Ser.T. e del 12% delle Comunità Terapeutiche, l'assenza delle Regioni e di pressoché tutte le società scientifiche di settore. Questo esito avrebbe dovuto consigliare il silenzio agli artefici dell'insuccesso, colpiti invece da un attivismo tipico del momento.

L'approvazione del DDL, a colpi di fiducia, all'interno del decreto sulle Olimpiadi di Torino, conclude in modo emblematico il già poco partecipato processo di confronto e chiude per sempre ogni chiacchiera e visione profetica interessata sul senso dell'incontro palermitano.

Nel 1975 e nel 1990 si arrivò a legiferare con due atti fondamentali dopo anni di discussione e di confronto, anche se difficile e aspro.

A Palermo, Napoli, Genova, le tre Conferenze nazionali sui problemi correlati alla droga si celebrarono dopo una intensa attività di gruppi di lavoro con il coinvolgimento delle istituzioni centrali e regionali, gli enti locali, le associazioni, esponenti della cultura e della scienza.

Il divario di metodo, serietà, finalità, persino stile è stridente.

Ora ognuno si assuma le proprie responsabilità.

FeDerSerD ha seguito la via maestra che i professionisti dei servizi hanno evidenziato nei territori e proseguirà, utilizzando tutti i mezzi utili, a battersi per un rinnovato protagonismo del settore.

Sugli effetti che questa sciagurata legge porterà, se applicata, abbiamo largamente commentato sui media.

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO IV, 2005 - N. 16

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Matteotti 72, 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, Roberto Pirastu,
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. 3356612717
misiondirezione@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 Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 10 febbraio 2006

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

L'incremento delle pene in modo consistente porterà ad un aumento di carcerazioni.

La cosiddetta parità pubblico privato, riassunta dalla facoltà al privato di certificare e di condurre programmi terapeutici, nasconde solo la volontà di mortificare il servizio pubblico determinando un aumento di spesa sanitaria, di creare un contrasto netto con le competenze delle Regioni, di prefigurare rischi tecnici nella qualità delle prestazioni, e di spostare le già poche risorse economiche a favore dei soliti noti sodali.

L'aumento del periodo (fino a 6 anni) per usufruire di percorsi alternativi porterà semplicemente ad una scarsa applicazione delle opportunità alternative se non per forzosi (e infruttuosi negli esiti) tentativi di inserimenti comunitari.

La realtà del nostro Paese è un'altra: da trent'anni è in corso l'attuazione, faticosa ma importante e riconosciuta in tutta Europa, di un modello con i servizi pubblici, i Ser.T. (550 sparsi nel Paese con 7.000 professionisti) che svolgono le funzioni di accoglienza, osservazione diagnosi e definizione terapeutica, e le Comunità Terapeutiche e i Servizi Intermedi Territoriali (oltre 1.500 sedi) che intervengono nelle fasi riabilitative e di riduzione dei rischi.

Quasi 200.000 persone si rivolgono a queste strutture ogni anno.

Un continuum, che deve divenire sempre più virtuoso, in cui ognuno fa quello che sa fare, quello per cui ha studiato e che ha nella mission del suo esistere.

FeDerSerD proseguirà a sviluppare il modello di Alta Integrazione per un intervento qualificato e flessibile sul territorio, a cui hanno aderito il 95% degli enti pubblici e privati accreditati attualmente ad intervenire nel settore in Italia.

Le famiglie, i cittadini hanno bisogno di risposte concrete, vogliono vedere servizi che funzionino, interventi di prevenzione e innovazione, capacità di comprendere e attrezzarsi per i nuovi fenomeni che emergono nel consumo e nell'abuso di sostanze.

Questo provvedimento legislativo e le volontà sottese parlano e si occupano d'altro.

FeDerSerD, aderendo a momenti di contrasto di queste politiche e di costruzione di rinnovati modelli di intervento, in primo luogo opererà per valorizzare le competenze dei professionisti italiani rapportandosi con il consesso scientifico e con le Regioni e gli altri poteri locali.

Speriamo che la politica sappia rinnovare il suo rapporto con i professionisti del settore perché è anche in questo modo che può crescere la coscienza del Paese.

Comunicato stampa

Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD riunito a Palermo il 1° dicembre ha accettato, con voto a scrutinio segreto, le dimissioni presentate da Alessandro Coacci da Presidente della Federazione. Il Direttivo tutto ha espresso il più sincero ringraziamento al Presidente per l'opera svolta a favore della Federazione, gli auguri di una pronta guarigione, gli auspici che continui ad impegnare le sue straordinarie qualità per FeDerSerD nella funzione di past-president, a cui è stato unanimemente indicato.

Il Direttivo ha proceduto alla votazione del Presidente. Alfio Lucchini è stato eletto con voto unanime a scrutinio segreto Presidente nazionale di FeDerSerD.

Pietro Fausto D'Egidio, eletto con voto unanime su indicazione del neo Presidente, è il nuovo Segretario Esecutivo nazionale di FeDerSerD.

Le procedure sono state curate da una commissione elettorale presieduta dal presidente del Collegio nazionale di Garanzia, Bernardo Grande.

Sono stati ribaditi come impegni prioritari la promozione di una sempre più attiva partecipazione alle attività della Federazione di tutti gli iscritti insieme ad un rafforzamento del ruolo delle Federazioni regionali, il dialogo con le associazioni del settore e con i partner dell'Alta Integrazione, la richiesta al mondo della politica di una maggiore attenzione alle problematiche relative agli usi e agli abusi di droghe.

Nella stessa seduta è stato approvato il Documento Politico Programmatico della Federazione per il prossimo triennio ed è stato cooptato, con voto unanime, quale membro effettivo del direttivo nazionale Roberto Pirastu, Presidente della Federazione della Sardegna.

Il Direttivo ha poi voluto significare il grande successo, nel magnifico scenario di Palermo, del Congresso internazionale "Cocaina e Poliabuso", che ha visto oltre 800 professionisti partecipanti nelle tre giornate di lavoro, oltre a prestigiosi esponenti delle Istituzioni, della Politica, del Mondo Scientifico nazionale e internazionale.

Un plauso particolare è stato riservato al Presidente del Congresso Giorgio Serio, al Vicepresidente nazionale e coordinatore della Federazione siciliana Guido Faillace, al Coordinatore del Comitato Scientifico nazionale Claudio Leonardi.

A conclusione del Congresso, il 2 dicembre, il neo Presidente Alfio Lucchini ha preso brevemente la parola in plenaria ribadendo la mission di carattere professionale e di valenza istituzionale della Federazione, da perseguire con rigore, autonomia e nell'interesse dello sviluppo di un sistema avanzato e su basi scientifiche nel settore.

Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD
Palermo, 2 dicembre 2005



Alfio Lucchini

Lettera del Past president Alessandro Coacci

Grosseto 9 dicembre 2005

Al Prof. Alfio Lucchini
Presidente FeDerSerD

e p.c. Ai Componenti
Consiglio Direttivo Nazionale

e p.c. Ai Componenti
Comitato Scientifico

Caro Alfio,

nel momento in cui assumi la Presidenza della nostra Federazione voglio congratularmi con te e rivolgerti al tempo stesso i miei sinceri auguri di buon lavoro nella tua nuova e importante responsabilità.

L'avvicendamento alla Presidenza avviene contestualmente all'evidente affermazione di FeDerSerD quale associazione leader degli operatori pubblici nel settore della dipendenza.

Come ben sai, per esserne stato uno dei più validi protagonisti, il mantenimento e ancor più l'ulteriore crescita, anche a livello europeo di questo ruolo, è cosa tutt'altro che facile.

Ma voglio fin da ora manifestarti la mia personale certezza che con la Tua guida, tutti insieme ce la faremo continuando a perseguire, con sempre maggiore efficacia le linee di azione che abbiamo sempre seguito e gli obiettivi ancora attuali che unanimemente ci siamo prefissi, dimostrandoci aperti al dialogo, sensibili ai continui mutamenti in cui operiamo, e perciò facilitatori del nuovo.

Ti confermo che su queste impostazioni potrai contare sul mio contributo per quanto mi sarà possibile, dato le mie attuali condizioni di salute, che tu ben conosci.

La volontà non manca.

Voglio infine rivolgermi, con altrettante espressioni augurali e di stima personale, al dr. Fausto D'Egidio nuovo Segretario Esecutivo, certo che in questo importante ufficio egli vorrà e saprà di nuovo dimostrare la sua capacità e il suo impegno.

Un arrivederci a presto

Questo documento, approvato con voto unanime dal Direttivo Nazionale nella seduta tenutasi a Palermo il 1° dicembre 2005, ha la finalità di permettere al gruppo dirigente di mettere a fuoco e condividere realmente processi e conoscenze che sino ad ora non sono stati sufficientemente partecipati, chiarendo le ragioni sostanziali della appartenenza associativa e ponendo le basi per consentire reali processi di valutazione del gruppo dirigente da parte degli associati, ai quali questo documento è prioritariamente indirizzato. Esso costituisce altresì linea di indirizzo per le azioni strategiche che la Federazione intende attivare nel triennio. Affronta quattro temi considerati fondamentali che sino ad ora non sono stati oggetto di chiara formalizzazione da parte degli organismi dirigenti, e che si vanno ad aggiungere ad altri temi sia di carattere organizzativo che tecnico-professionale oggetto di precedenti documenti approvati dal direttivo e largamente pubblicizzati, il cui insieme costituisce il patrimonio culturale attuale della Federazione.

Alfio Lucchini - Presidente nazionale

Programma politico strategico per il triennio 2005-2007

*Alle volte non facciamo altro che finire lavori lasciati a metà.
E iniziare lavori che altri finiranno per noi.
A. Baricco, 2005*

Punti qualificanti e irrinunciabili del lavoro clinico

Clinica e organizzazione

I Servizi per la prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione delle **Patologie da Dipendenza** (Ser.T.) sono organizzazioni di servizi alla persona.

L'organizzazione dei servizi alla persona necessita, come elemento critico di efficienza, di un sistema valoriale ("filosofia del servizio") sufficientemente chiaro, esplicito, condiviso (Normann, 1985).

In simili organizzazioni, la complessità dei problemi, la differenziazione delle modalità di relazione (che è veicolo, strumento e fine del servizio prestato), la difficoltà del processo conoscitivo e della gestione del cambiamento, riducono di molto l'ambito lavorativo prevedibile e codificabile attraverso protocolli e procedure operativi.

Diventa pertanto critico che il singolo Professionista e che il Gruppo di lavoro nel suo insieme abbiano chiaro di che cosa si occupano, con quali finalità, per quali motivi, con quali metodi, in modo da poter utilizzare con la necessaria flessibilità orientata alla ottimizzazione le risorse disponibili in ordine alle necessità di intervento.

L'efficienza e l'efficacia di ogni Ser.T. ai fini della promozione del benessere e della tutela della salute del cittadino sono quindi correlate alla visione coerente, chiara e condivisa del problema e della risposta ad esso che ogni Servizio sia in grado di dare nell'ambito dei compiti e dei vincoli previsti, non solo sul piano legislativo, ma anche su quello etico e deontologico specifico per ogni professione coinvolta.

Ogni Servizio dovrebbe riservare spazio sufficiente alla elaborazione delle risposte a domande quali: **che cosa è la patologia da dipendenza, come avvengono i cambiamenti e come è possibile influenzerli, che cosa si vuole comunicare, e che cosa si comunica in effetti**, al Paziente e al suo contesto sociale nucleare e allargato attraverso l'immagine del Servizio, la formulazione della diagnosi e l'organizzazione delle cure, le altre e diversificate attività preventive, riabilitative, assistenziali, consulenziali normalmente svolte.

Oggigiorno la risposta a queste domande si sviluppa tra due polarità: **i dati della ricerca scientifica**, sempre più numerosi e suggestivi, e la **"cultura" locale**, fatta di risorse, di bisogni, di occasioni.

Entrambe risultano fortemente condizionate da una generale stigmatizzazione sociale che ne comprime e a volte rischia di annullare le possibilità positive e valorizzabili di cambiamento e di lavoro clinico diretto al superamento della malattia.

Da una parte si sta costituendo e organizzando un sapere specialistico interdisciplinare, che diventa sempre di più un patrimonio consistente e coerente dei professionisti delle Patologie da Dipendenza, tale da fondare una vera e propria *disciplina*; dall'altra i percorsi di sperimentazione sul campo, le storie dei diversi Servizi, le diverse "nicchie ecologiche" del fenomeno, richiedono capacità di pensiero creativo e originale, in grado di costituire sintesi di significato tra dato nomotetico e dato idiografico.

La stessa storia delle patologie da dipendenza, la strutturazione e l'organizzazione stratificata negli anni dei Servizi risentono ancora di una polarizzazione esplicita e diretta alle "sostanze" psicoattive, principalmente illecite e progressivamente diretta anche verso quelle lecite: esemplificata nel termine di "tossico-dipendenza", come reificazione e ulteriore irrigidimento oggettuale della persona.

Anche nel sistema epidemiologico nazionale, che è non fondato sulla rilevazione di diagnosi in base ai codici internazionali validati e normalmente utilizzabili come accade per qualunque altra malattia, vi è una evidente infiltrazione di elementi condizionanti e stigmatizzanti di giudizio sociale, normativo, morale che risultano contraddittori, ambigui ed estemporanei.

A fronte di ciò, si aggiungono le complesse articolazioni della realtà clinica che allarga lo spettro stesso del concetto di sostanza sino ad attività comportamentali pure e a forme variegata e miste di abuso o di dipendenza, tanto da configurare una possibile confluenza di quadri clinici di dipendenza in una unitaria categoria diagnostica di Addictive Disorders (A. Goodman, 1997, 1998, 2000, 2001, 2003).

In questa prospettiva si rende necessario non solo un intervento correttivo rispetto a prassi cliniche consolidate, ma accanto ad

un lavoro di revisione e di riaggiustamento nosografico, si sotto-
linea l'opportunità di una approfondita ricerca clinica ed affer-
mazione epistemologica che possano dare più esaustiva risposta
ai dati offerti dalla realtà clinica e ai bisogni emergenti da parte
dei pazienti.

In linea generale, sulla concezione della patologia da dipenden-
za si può richiamare quanto segue.

**La patologia da dipendenza, sia come disturbo correlato a
sostanze (disturbo da uso o disturbo indotto) sia come disturbo
da attività reiterate puramente comportamentali è una malattia
caratterizzata da una relazione particolare tra soggetto e ogget-
to la cui interazione si determina in uno specifico contesto
sociale e ambientale.**

Il soggetto deve avere alcune caratteristiche psicosociobiologi-
che (genetiche, funzionali, esperienziali, situazionali) che ren-
dono effettiva l'azione alle sostanze additive o l'esposizione ad
attività reiterate e in grado di stabilizzare comportamenti perva-
sivi di addict.

L'oggetto è in genere costituito da sostanze che devono avere
specifiche caratteristiche farmacologiche e devono essere inve-
stite di un particolare significato nella cultura del ricevente.

In alcuni casi, l'oggetto può essere una situazione o un comport-
tamento in grado di produrre effetti nel soggetto analoghi o iso-
morfici a quelli prodotti dalle sostanze.

La patologia è collocata nella relazione che si stabilisce tra sog-
getto e oggetto, innescata e mediata dall'esperienza e dalla inter-
pretazione degli effetti della sostanza o dell'attività da parte
della persona.

**La relazione è la risultante trasformativa della interazione sog-
getto-oggetto; dove non vi è trasformazione si ha l'USO di
sostanze, che non è malattia, anche se le sostanze o l'attività
coinvolte hanno un potenziale additivo.**

*Nelle sue caratteristiche patologiche, la relazione si può struttu-
rare come **Abuso, Dipendenza, Mania.***

Abuso

L'assunzione di sostanza che causa problemi esclusivamente in
relazione al contesto in cui avviene è un ABUSO (cfr. DSM-IV).
Il contesto può essere di tipo normativo (divieti per legge), di tipo
sanitario (protezione da rischi), di tipo relazionale (conflittualità).
In genere, si tratta di comportamenti che sono culturalmente non
accettati, disapprovati o addirittura riconosciuti come illegali in
uno specifico contesto socio-ambientale.

In tal modo, ogni forma di abuso assume valenze di interesse cli-
nico e sanitario in quanto espressione di maladattamento.

Dipendenza (Tossicodipendenza)

È la necessità di assumere la sostanza per compensare una alte-
razione dell'omeostasi biopsicologica dell'individuo indotta
dalla sostanza stessa, alterazione che ne compromette la funzio-
nalità (cognitiva, emotiva, fisiologica).

Non sono indispensabili tolleranza e astinenza per fare diagno-
si (cfr. DSM-IV) né sono sufficienti a definire la dipendenza.

Il craving tipico della dipendenza compare quando la concen-
trazione plasmatica della sostanza scende sotto il livello di asti-
nenza.

La distinzione tra dipendenza fisica e psichica è superata e fuor-
viante: i sistemi interessati dal meccanismo della dipendenza
rappresentano l'anello di congiunzione tra cervello e mente, tra
biologico e psicologico.

Non si considera dipendenza la necessità di assumere sostanza
(farmaco) se la sostanza non corregge uno squilibrio determina-
to dalla sostanza stessa (esogena), come in uno squilibrio ormo-
nale o nel dolore non dovuto alla cessazione della sostanza.

La dipendenza assume, quindi, rilevanza tecnico – scientifica e
psicofarmacologica come espressione di uno stato di neuroad-
attamento all'azione reiterata della sostanza o dell'attività reitera-
ta svolta.

Mania (Tossicomania)

È una assunzione di sostanza dominata dalla compulsività, dalla
escalation della avidità, dalla coartazione della coscienza anche
durante e dopo l'assunzione.

La sostanza non apporta equilibrio e compenso e non consente
una ripresa apparentemente normale delle funzioni cognitive,
emotive, biologiche, ma anzi amplifica lo squilibrio.

Il craving tipico della mania compare quando la concentrazione
plasmatica della sostanza è al di sopra del livello di tolleranza.

Essa esprime la dedizione assoluta e morbosa a idee, bisogni e
attività che rappresentano il totale e totalizzante coinvolgimento
di un individuo verso comportamenti di consumo, di approvvi-
gionamento e di ricorrenza o recidività. Essenzialmente esem-
plifica un pervasivo stato di schiavitù, di perdita di controllo, di
assenza di libertà.

La trasformazione che avviene nel soggetto in ordine agli effetti
dell'oggetto, è radicale, globale (biologica, psicologica, sociale),
riguarda l'identità del soggetto e i suoi rapporti con il mondo: ad
esserne investito è l'individuo nella sua determinazione biologi-
ca e nelle proprie potenzialità evolutive, sia di crescita che di
adattamento; questa dimensione trasformativa richiama il ruolo
svolto dagli istinti, dai temperamenti, dal carattere e dalla perso-
nalità, nell'embricarsi e nel condizionarsi di fattori complessivi
che spaziano dalla organizzazione genetico-costituzionale alle
qualità apprese nello sviluppo in rapporto a contesti socio-fami-
liari, sino all'espressione compiuta del funzionamento psichico
globale.

Per questo la trasformazione è irreversibile in quanto coinvolge
l'esperienza e la memoria cognitiva e sensoriale del soggetto
diventando punto "cristallizzato" di riferimento esistenziale.

**È, quindi, una trasformazione "elaborabile" in un processo di
cambiamento, ma non cancellabile.**

Altri elementi clinici che possono contribuire a complicare la
patologia e la psicopatologia tipica di ogni forma di addiction e
frequentemente presenti nella descrizione dei quadri clinici
sono:

1. L'astinenza e l'intossicazione.
2. Lo stile di vita e il funzionamento psicosociale.
3. Le condizioni biomediche associate e correlate.
4. La comorbidità psichiatrica.

**Data questa concettualizzazione della patologia da dipenden-
za, se ne possono derivare alcune caratteristiche psicopatologi-
che e cliniche che orientano l'organizzazione della cura e dei
Servizi.**

I Servizi per le Patologie da Dipendenza hanno Pazienti che sono
di solito scarsamente consapevoli del loro problema (spesso con-
dividono gli stessi pregiudizi della Società in cui vivono, per cui
si considerano essi stessi viziosi o di carattere debole, piuttosto
che portatori di una patologia), radicalmente trasformati nel loro
funzionamento dalla interazione con la sostanza, quindi con una
identità de-formata, fortemente ambivalenti verso la rinuncia dal-
l'oggetto gratificante, costantemente memori dei vantaggi che
l'oggetto offre, confusi ed equivocanti tra il piano del piacere e
quello del senso, incapaci di interscambiare l'oggetto gratifican-
te dipendentigeno con altri oggetti gratificanti.

Il coinvolgimento globale delle relazioni e dell'identità psicoso-
ciobiologica del soggetto nella patologia fonda la necessità di un
approccio interdisciplinare in grado di discernere tra le conden-
sazioni, le confusioni, le trasposizioni, gli equivoci posti in atto

dal Paziente, restituendo le diverse problematiche al proprio campo di competenza (medico, psicologico, socioriabilitativo). Peraltro, proprio la confusione indotta dal piacere tossicomaniaco, richiede la capacità da parte dei diversi Curanti di ricostruire, dopo aver fatto le chiarificazioni necessarie, una unità del senso che le diverse parti e prospettive concorrono a formare.

Occorre, quindi, che il Servizio aiuti il soggetto a stabilire una relazione significativa con il Servizio stesso e con i professionisti impegnati nel lavoro clinico che consenta di dare significato alla situazione del Paziente.

Nella ambivalenza, nella instabilità e nella contraddittorietà che accompagna questa fase, il Servizio potrà proporsi come una rete relazionale i cui nodi siano in grado di rapportarsi in modo differenziato e adeguato con i diversi modi di essere e di sentire del Paziente, ricollegandosi tra loro in un insieme "pensante".

Il canale di scambio relazionale dovrà modularsi dal piano somatico a quello cognitivo, attraverso una profonda e continua rielaborazione emotivo-affettiva, in relazione alle condizioni di ricezione del Paziente, mantenendo sempre un intenso valore simbolico/affettivo.

Modelli e processi di organizzazione dei Servizi e dei Dipartimenti

Solo se si riuscirà a definire e a realizzare una base comune in tutti i Servizi, la specificità conseguente alla diversa matrice culturale presente nella singola organizzazione potrà essere considerata, a tutti gli effetti, un'opportunità aggiuntiva offerta al paziente.

• **Una rete di assistenza alla tossicodipendenza deve essere centrata sul paziente.**

Sono opportune però alcune precisazioni:

1. una rete di assistenza di questo tipo si rivolge a "persone portatrici di un bisogno legato all'uso, abuso e dipendenza da sostanze" persone però che, in una buona percentuale di casi, non hanno la giusta percezione del rischio correlato a questo comportamento e quindi possono essere portatori di una "domanda malata";
2. le persone portatrici di bisogni spesso non hanno sufficiente conoscenza delle risorse che una rete assistenziale può offrire loro (gap informativo);
3. le persone che entrano in un progetto terapeutico erogato da qualsiasi struttura pubblica e/o privata tendono alla "delega terapeutica" per cui è indispensabile definire sempre il setting e il ruolo che il paziente occupa nel progetto terapeutico. Un intervento sul paziente risulta meno efficace di un intervento con il paziente in cui lo stesso è investito di una responsabilità precisa in un quadro d'intervento definito.

• **Una rete di assistenza alle tossicodipendenze deve essere aperta.** Aperta significa che una persona con bisogni legati all'uso, abuso e dipendenza da sostanze deve poter entrare nella rete assistenziale da qualsiasi punto ovvero deve avere la possibilità di rivolgersi a qualsiasi struttura organizzativa della rete (libero accesso). È importante evitare, nell'organizzazione della rete, qualsiasi percorso obbligato che renda più difficile l'aggancio con il potenziale paziente. Naturalmente sarà compito dei vari punti della rete, **definita nel dettaglio la propria mission e gli interventi terapeutici che sono preposti ad erogare**, indirizzare correttamente l'utenza alla struttura organizzativa più idonea a rispondere alla specifica domanda, nella logica che il tema della certificazione e delle successive definizioni dei programmi tera-

peutici sono e devono rimanere atti di rilevanza e competenza pubblica.

• **Una rete di assistenza alle tossicodipendenze deve avere dei collegamenti formalizzati di collaborazione fra i vari soggetti.**

La formalizzazione dei rapporti di collaborazione impone la chiarezza dei rispettivi ambiti di intervento e la condivisione dei sistemi di controllo previsti per la corretta applicazione degli stessi.

• **Una rete di assistenza alle tossicodipendenze deve essere trasparente.** Trasparenza significa che ogni punto della rete deve essere in grado di "rendere conto" alla struttura deputata all'allocazione delle risorse ed al governo del sistema sul corretto utilizzo delle stesse; significa anche che ogni struttura organizzativa deve dotarsi di un efficiente sistema di controllo di gestione validato dalla struttura sovrastante.

• **Una rete di assistenza alle tossicodipendenze deve avere risorse sufficienti per realizzare la propria mission.**

Significa che tutte le strutture che entrano a far parte della rete devono avere le risorse in termini di "uomini e mezzi" necessarie per erogare le prestazioni concordate precedentemente secondo i criteri di qualità predefiniti.

Il finanziamento di queste strutture potrà essere di vario tipo anche se è auspicabile un finanziamento per budget a fronte di obiettivi specifici dichiarati.

È doveroso però che ogni struttura definisca, in sede di contrattazione di budget e/o finanziamento, la tipologia degli interventi terapeutici che è in grado di erogare, la tipologia delle prestazioni elementari che lo compongono ed i criteri di qualità degli stessi che è in grado di garantire.

Sulla base di questi dati documentabili e verificabili e sulla base delle necessità rilevate nel territorio di competenza, sarà negoziato il finanziamento necessario, fermo restando la programmazione territoriale e l'allocazione delle risorse complessive assegnate alla singola rete assistenziale.

• **Una rete di assistenza alle tossicodipendenze deve avere un centro di governo e/o regia.** Necessita una struttura deputata a raccogliere i dati di attività della rete, i mutamenti di scenario della realtà locale, l'assetto organizzativo previsto (quante e quali strutture pubbliche o private), e la valutazione degli esiti dei trattamenti in modo da mettere in grado i decisori politici di fare programmazione.

È il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche/Patologie da Dipendenza la realtà organizzativa ottimale e necessaria per queste finalità.

• **L'organizzazione** è tutto ciò che caratterizza il passaggio risorse-risultato e che condiziona l'ottenimento di certe funzioni istituzionali. Perciò qualsiasi struttura deve necessariamente tener conto delle risorse impiegate e dei risultati raggiunti e per fare ciò deve necessariamente dotarsi di un sistema di controllo di gestione che consenta di conoscere in qualsiasi momento il rapporto esistente fra le risorse spese ed il risultato raggiunto anche solo in termini di output ovvero di prodotto realizzato.

• **La valutazione dell'outcome.** In una organizzazione socio-sanitaria, con la valutazione dell'outcome si vuole verificare se gli interventi attuati hanno prodotto i risultati sperati, se hanno soddisfatto gli utenti e se hanno modificato in senso positivo o negativo una determinata situazione. Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i tossicodipendenti però, come per qualsiasi

altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso a modificare comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati riscontrati. Infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili ambientali. Alla luce di quanto sopra è chiaro che, nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze, non possiamo applicare la stessa metodologia che utilizziamo per documentare l'efficacia di un determinato farmaco in una specifica patologia, situazione in cui, il rapporto causa effetto, è chiaro. La particolarità di questo settore impone di separare l'esito specifico di un determinato intervento d'area, ad esempio una terapia farmacologica, una psicoterapia o un inserimento lavorativo, in cui più evidente è il rapporto causa-effetto; dall'esito globale del progetto terapeutico che, aspirando ad un cambiamento di un comportamento o di uno stile di vita è più soggetto ad influenze esterne al progetto non governabili. La valutazione globale del progetto terapeutico quindi deve essere intesa come lo specchio dello stadio del cambiamento che servizio e utente insieme hanno raggiunto.

• **L'efficacia nelle organizzazioni socio sanitarie pubbliche (Ser.T.).** I Ser.T. sono organizzazioni socio sanitarie di assistenza ai tossicodipendenti che producono interventi che si concretizzano in interventi specialistici d'area.

L'aggregato logico di uno o più interventi specialistici d'area costituisce il progetto terapeutico (output). I progetti terapeutici sono proposti all'utenza che afferisce e la risultante fra il progetto terapeutico proposto, il paziente e la realtà socio culturale in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (outcome). Date queste premesse, ne consegue che uno stesso progetto terapeutico presentato a soggetti diversi produce outcome differenti e lo stesso servizio dislocato in ambienti socio-culturali diversi produce outcome differenti.

Una griglia per la valutazione dell'outcome, nel tentativo di ridurre l'interferenza dei fattori esterni non controllabili, deve prevedere l'analisi delle seguenti variabili:

1. il prodotto offerto, ovvero le tipologie degli interventi specialistici erogati, per i quali è ipotizzabile un rapporto causa effetto e per i quali è possibile individuare degli indicatori d'esito;
2. gli obiettivi che il singolo intervento specialistico si propone di raggiungere, che rappresenta la base per l'individuazione degli indicatori d'esito;
3. le caratteristiche del servizio erogante, che sicuramente rappresenta un fattore influenzante l'esito di un progetto terapeutico;
4. la tipologia di utenza a cui è rivolto l'intervento specialistico: una valutazione d'esito corretta è possibile solo se la coorte è sufficientemente omogenea;
5. le caratteristiche culturali e politiche della realtà in cui opera, in quanto l'ambiente in tutti i casi influenza l'operare dei professionisti. Nelle "caratteristiche culturali e politiche" sono compresi tutti i riferimenti legislativi, strutturali ed organizzativi che caratterizzano la struttura che eroga i progetti terapeutici e la realtà in cui opera.

• **L'efficienza nelle organizzazioni socio sanitarie pubbliche (Ser.T.).** Con il termine **efficienza** di una struttura socio sanitaria, si intende la capacità di produrre interventi *utili*, ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuova patologia, con il minor impiego di risorse possibili. La sottolineatura dell'aggettivo "utili" significa che: ogni prestazione che il servizio eroga è stata

preventivamente analizzata nella logica dell'evidence based ed è ritenuta valida per la realizzazione degli interventi specialistici d'area ed è stato formalizzato un accordo fra i professionisti che operano nella specifica struttura organizzativa su quale prestazione registrare in una determinata situazione clinica.

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso con l'utente, costituisce un intervento d'area. Nel Ser.T., che per definizione è un servizio multidisciplinare, avremo necessariamente almeno interventi d'area psicologica, sociale e sanitaria. Un insieme coordinato di interventi d'area, con obiettivi e criteri di valutazione di risultato definiti, costituisce il progetto terapeutico individuale presentato al paziente.

Modelli di prevenzione e strategie di comunicazione

FeDerSerD ritiene importante porre l'attenzione su una corretta e costante politica di prevenzione per la valenza che questa assume non solo nel settore delle tossicodipendenze, ma nel settore della promozione di condizioni che aumentino le possibilità individuali, familiari, di gruppo.

La "promozione della salute" coinvolge, perciò, la popolazione nel suo contesto di vita e non si rivolge unicamente ai gruppi a rischio di malattia o disagi specifici.

In tal senso la "prevenzione primaria" si configura come un processo non occasionale, ma come un "sistema di beni" capace di produrre percorsi e dinamiche utili ad una buona "qualità della vita" (*Ottawa Charter for Health Promotion: Health Promotion*, 1 (4), III-V,1988).

Gli obiettivi prioritari delle attività di prevenzione primaria sono:

- a) favorire lo sviluppo di condizioni educative, sociali ed ambientali che possano facilitare il prodursi di autonomie e l'assunzione di responsabilità da parte degli adolescenti e dei giovani nei loro diversi contesti di vita;

- b) aumentare la responsabilità e le competenze educative degli adulti che quotidianamente vivono a contatto con i giovani;

- c) promuovere specifiche azioni positive che tengano conto di situazioni in cui sia più elevato il rischio di emarginazione e di disagio sociale, rendono necessario uno stretto collegamento tra Enti Locali, Scuola, Servizi (pubblici e privati) per le dipendenze patologiche e volontariato sociale allo scopo di favorire integrazioni, collaborazioni, sinergie.

La normativa vigente (L. 142/90, DPR 309/90, D.Lgs. 502/92, L. 285/97, L. 328/00) individua, per gli Enti Locali, un ruolo di indirizzo, programmazione e coordinamento delle "politiche giovanili" e degli interventi di prevenzione primaria con il concorso di altre competenze istituzionali, quali scuola, formazione, servizi sanitari, servizi sociali.

L'Ente Locale è il riferimento territoriale per tutte quelle azioni tese alla promozione della salute di adolescenti e giovani e alla prevenzione di situazioni di emarginazione e di disagio sociale. La complessità della materia richiede indirizzi programmatici aderenti alle specifiche situazioni territoriali e coerenti con le politiche di sviluppo del territorio che tengano conto delle competenze e delle risorse attribuite alla normativa nazionale e regionale ai diversi soggetti istituzionali.

Occorre inoltre sottolineare che l'efficacia di queste attività, rivolte sia ai giovani che agli adulti, dipende dalla definizione di obiettivi condivisi e da una progettualità che, pur facendo capo ad Enti diversi, preveda modalità di coordinamento e comunicazione tali da consentire la effettiva messa in rete delle risorse e delle diverse competenze, istituzionali e professionali.

L'attivazione di questa "Rete dei Servizi" per le tossicodipendenze nel campo della prevenzione deve essere tesa a raggiungere alcuni obiettivi:

- a)** favorire una modifica degli stili di vita che comportano rischi per la salute o creano situazioni di disagio o tossico-alcooldipendenza;
- b)** promuovere l'aumento del livello di informazione e di sensibilizzazione sulle conseguenze dell'uso e dell'abuso di sostanze psicotrope;
- c)** promuovere modelli positivi di responsabilizzazione e di autotutela della salute.

Per quanto riguarda il ruolo della Scuola (Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n. 45/1995 e Circolare del Ministero della Pubblica Istruzione n. 325/1999) gli obiettivi specifici nelle attività di prevenzione sono:

- a)** assicurare la collaborazione relativamente alle problematiche legate all'uso/abuso di sostanze psicotrope ed ai comportamenti a rischio di malattie (ad es. epatiti, HIV, ecc.) favorendo processi di autotutela delle salute;
- b)** favorire l'aumento dei livelli di conoscenza e competenza della componente adulta (docenti e/o genitori) nel processo educativo (formazione formatori);
- c)** partecipare a progetti di promozione della salute all'interno, comunque, di una progettualità più vasta ed evitando interventi episodici;
- d)** offrire collaborazione alle attività dei CIC (Centri di Informazione e Consulenza) previsti per le Scuole medie Superiori. La collaborazione con i CIC deve proporsi come una risorsa da contattare per eventuali interventi informativi, formativi, consulenziali evitando, però, il crearsi di fenomeni di "delega" e di deresponsabilizzazione da parte dei naturali "gestori" dei CIC, rappresentati, principalmente, dai docenti e dagli studenti;
- e)** favorire l'attività di prevenzione primaria per gruppi omogenei (la classe, la sezione, il biennio, il triennio) all'interno delle Scuole Secondarie Superiori, ma anche Inferiori, qualora circostanze di carattere epidemiologico ("abbassamento" di età a rischio, ecc.) la richiedano.

Per soddisfare le necessità informative, di supporto, di ricerca di chi per motivi professionali o personali si interessa di prevenzione potrebbe, infine, risultare opportuna la costituzione di "Centri di Documentazione per le Dipendenze Patologiche".

Qualora costituiti, questi Centri devono assicurare una offerta di documentazione ed informazione e devono svolgere attività di sostegno e punto di riferimento per gli interventi di ricerca, consulenza e formazione in collegamento con le diverse realtà che si occupano di prevenzione (Istituzioni, Associazioni, Centri di aggregazione sociale, ecc.).

Attraverso questi collegamenti, i "Centri di Documentazione" devono favorire lo scambio di informazioni e la promozione di conoscenze e competenze mediante una attività di:

- a)** diffusione di pubblicazioni, supporti informativi, prodotti documentari;
- b)** realizzazione di incontri periodici su argomenti specifici;
- c)** possibile creazione di una "Newsletter" cartacea ed informatica che riferisca delle iniziative, dei progetti, delle informazioni documentarie;
- d)** creazione di collegamenti informatici o di collegamenti con banche dati documentarie.

Per quanto riguarda la "prevenzione secondaria" (o "specifica"), cioè quel tipo di prevenzione che si propone come obiettivo quello di individuare per tempo le situazioni di disagio per poterne limitare l'estensione e la gravità, intervenendo sulle cosiddette "fasce a rischio" della popolazione, l'obiettivo indicato da FeDerSerD è finalizzato allo sviluppo di politiche rivol-

te al miglioramento delle condizioni ambientali, relazionali ed educative nei diversi contesti di vita per:

- promuovere nuove opportunità riguardo alle potenzialità di ripresa e di reinserimento sociale;
- facilitare i percorsi individuali e di gruppo tesi allo sviluppo delle identità e delle autonomie;
- promuovere specifiche azioni positive nelle situazioni in cui sia più elevato il rischio di emarginazione e di disagio sociale.

A partire dalle molteplici e diversificate situazioni presenti nei territori regionali e dalle esperienze maturate negli EE.LL., nelle Istituzioni, nel Privato Sociale e nel mondo dell'Associazionismo, per FeDerSerD risulta importante delineare quadri di riferimento e strategie complessive ed individuare le azioni differenziate e coordinate che consentano di sviluppare linee progettuali condivise, utilizzabili in tutto il territorio regionale e comunque adattabili alle diverse situazioni territoriali.

Controllo e riduzione dei consumi

Le strategie di controllo e di riduzione dei consumi sono ritenute da FeDerSerD un punto fondamentale per il contrasto della domanda di sostanze stupefacenti e psicotrope finalizzate alla protezione e al ripristino della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tali strategie di contrasto possono diventare di fattiva realizzazione recependo, organizzando ed armonizzando le normative e gli indirizzi nazionali di settore quali le normative sanitarie previste dal D.Lgs. 229/99, le normative sociali emesse con la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" 328/00, la L. 45/99, nonché gli indirizzi regionali, in particolar modo il Piano Sanitario e il Piano Socio-Assistenziale.

Con queste premesse, gli obiettivi specifici individuati, nel settore, da FeDerSerD possono essere riassunti nelle priorità che proviamo ad elencare:

- sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi pubblici e del privato sociale, che costituisca un punto di riferimento reale per tutti coloro che hanno problemi legati all'uso e/o all'abuso di sostanze stupefacenti e che sia in grado di rispondere (o facilitare la risposta) ai bisogni espressi dai soggetti che si rivolgono ai Servizi stessi o che comunque sono o possono essere in stato di bisogno, al di là dell'esplicita richiesta di aiuto;
- sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi in grado di conoscere la tossicodipendenza nei suoi molteplici aspetti (nei modi e nelle forme in cui questa si sviluppa in generale e in ambito territoriale) in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno e di promuovere e attivare, di conseguenza, efficaci interventi di contrasto finalizzati alla riduzione della domanda, alla riduzione dei rischi e dei danni, alla cura e al reinserimento sociale;
- sviluppare e rafforzare un sistema di Servizi in grado di monitorare, informare e di sensibilizzare su quanto avviene nel campo della tossicodipendenza, in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno;
- definire la programmazione degli interventi attraverso l'individuazione delle priorità e dei bisogni territoriali finalizzata alla razionalizzazione e all'ottimizzazione delle risorse, alla definizione degli interventi secondo peculiarità, caratteristiche, abilità ed esperienze proprie dei Servizi;
- definire e realizzare i criteri e gli indicatori per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale dei Servizi pubblici e privati nonché le procedure operative

per il raggiungimento degli obiettivi nei vari settori di intervento;

- sviluppare e rafforzare il rapporto e la collaborazione tra Enti, Istituzioni ed anche Soggetti autonomi diversi che, per compiti di istituto o per scelte valoriali operano nel settore al di fuori del sistema socio-sanitario;
- definire e promuovere gli organismi di coordinamento e consultazione che a livello territoriale e a livello regionale contribuiscono alla realizzazione delle attività progettuali.

Politiche di comunicazione

FeDerSerD ritiene che attraverso una attenta politica di comunicazione, interattiva e partecipativa, possa essere raggiunta una concreta efficacia di realizzazione delle strategie di prevenzione. L'obiettivo è quello di rimodellare gli ambiti di intervento comunicativo puntando alla attivazione delle risorse utili per realizzare campagne di informazione/formazione che, non limitandosi al solo messaggio del rischio, attuino anche una azione comunicativa.

È importante, pertanto, una attenzione non episodica e non provvisoria al fenomeno attraverso anche un lavoro di collegamento con le istituzioni (EE.LL., Scuola), le strutture del Privato Sociale, le Associazioni autonome, le aggregazioni spontanee di interesse comune, ecc. con le quali creare un linguaggio comprensibile e fattivo.

I principali destinatari delle politiche di comunicazione sono rappresentati:

- dal mondo giovanile perché costituisce, nella attuale temperie sociale e culturale, il gruppo maggiormente esposto;
- dai formatori scolastici (insegnanti, docenti, tutors, ecc.) perché possono svolgere un ruolo educativo fondamentale dentro la Scuola;
- da coloro che svolgono un ruolo educativo informale e diretto (gruppo di pari, leaders, ecc.);
- dalle famiglie, per il ruolo importante ed irrinunciabile che queste hanno nell'ambito sociale e dei rapporti umani e per andare incontro alle richieste, sempre più espresse, di sostegno e di confronto intorno ai temi riguardanti il rapporto con i figli e la comprensione di nuovi modelli di comportamento e nuove tendenze del mondo giovanile.

I momenti attuativi delle politiche di comunicazione nella prevenzione possono realizzarsi attraverso:

- la produzione e la promozione delle conoscenze rispetto al fenomeno ed alle sue tendenze attraverso una attività di monitoraggio e ricerca. Tali ricerche devono diventare disponibili per il territorio e per le diverse realtà che si occupano della prevenzione dei consumi delle sostanze d'abuso;
- lo sviluppo e la programmazione di attività (campagne) comunicative sui temi della salute e del contrasto all'uso/abuso di sostanze psicotrope in ambienti quali istituzioni educative, luoghi di lavoro, organizzazioni giovanili, comunità locali, luoghi informali di aggregazione. Le strategie comunicative dovrebbero consentire alla componente educativa adulta (genitori, docenti, formatori) nonché a leaders giovanili e coetanei, di poter aiutare i giovani a discutere ed apprendere, mettendole in pratica, le capacità utili per affrontare i problemi della pressione sociale e consumistica ed i problemi del danno e del rischio legato all'uso di sostanze psicoattive. Le attività comunicative dovrebbero ribadire i temi della autotutela puntando a rafforzare gli aspetti legati all'identità dei giovani quali membri importanti della società;

- la progettazione di interventi che, partendo dalle conoscenze acquisite e dai riferimenti internazionali (**Linee Guida NIDA e OEDT**), possano muoversi anche in direzioni nuove e con strumenti innovativi (creazione di supporti informatici e/o interattivi, ecc.);
- la creazione di moduli comunicativi/formativi con educatori/animatori delle istituzioni e/o delle associazioni e centri di aggregazione;
- la creazione di connessioni e punti di collegamento tra aree apparentemente distanti tra loro, quali quelle della prevenzione e del trattamento, che, invece, alla luce dei nuovi stili di consumo, si rendono sempre più necessari. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di somministrare agili questionari nei luoghi stessi di trattamento delle intossicazioni da "nuove" sostanze (come possono essere i servizi di P.S. ospedalieri o le unità mobili in occasione di grandi manifestazioni pubbliche) coniugando, così, il trattamento con il monitoraggio e con una migliore capacità di impatto e comunicazione sui nuovi fenomeni d'abuso;
- la messa a punto di un sistema valutativo per conoscere l'effettivo impatto della campagna comunicativa.

Per raggiungere molti degli obiettivi elencati nelle pagine precedenti lo strumento **OSSERVATORIO territoriale**, di norma coincidente con la dimensione Aziendale, e in raccordo con gli Osservatori regionali, nazionali ed europeo, appare il più idoneo.

Ricerca e formazione. Politiche di acquisizione di risorse

Ricerca, formazione, acquisizione di risorse sono un trinomio difficilmente scomponibile, almeno per ora, per la Federazione.

Le ragioni sono piuttosto evidenti, ma vale la pena di soffermarsi ad analizzare l'intreccio per trovare nuovi percorsi e nuove strategie.

Per fare formazione e ricerca sono necessarie sempre più risorse, che sino ad ora provengono, come per tutte le Società scientifiche a componente medica, in buona parte dalla industria farmaceutica.

Tuttavia più di un motivo ci suggerisce una correzione di rotta strategica.

Le risorse delle ditte farmaceutiche destinate al settore tendono irrimediabilmente a ridursi; i cicli di vita dei prodotti più diffusi sono in fase di esaurimento e per altri prodotti siamo in forte competizione, ma siamo anche i competitori deboli, con altre Società di ambito psichiatrico; nuovi prodotti realmente innovativi in grado di riorientare il mercato in modo sostanziale non sono all'orizzonte.

È evidente che alcuni ambiti sperimentali continueranno ad essere appannaggio del nostro settore, tuttavia è altrettanto evidente che non siamo realisticamente in grado di produrre risultati di rilievo in grado di giustificare investimenti formativi rilevanti.

Le sempre più numerose partecipazioni alle nostre iniziative sono motivo di orgoglio, ma non siamo gli unici a proporre convegni e va da sé che anche altri si misurano sulle stesse coordinate, sebbene con molto minore successo.

La richiesta formativa emergente si sta caratterizzando per una maggiore necessità di spazi di approfondimento reali, di ambiti disciplinari meglio definiti e segmentati da poter essere scandagliati quanto serve.

Il confronto ritualmente delegato nei convegni ad appendice variabile non offre generalmente risposte adeguate al bisogno sia

di protagonismo (che entro certi limiti è accettabile ed utile a fare emergere le potenzialità) che di reale confronto sulle prassi e sulle idee.

È ora di pensare e proporre forme diverse di rapporto con il sapere, ma per farlo bisogna da una parte essere innovativi e dall'altra affrancarsi dal rapporto prevalente con le aziende del farmaco.

Perciò si pongono contemporaneamente tre nodi critici da affrontare:

1. **pensare e proporre un nuovo rapporto con le forme del sapere nei percorsi e negli eventi di formazione;**
2. **acquisire risorse da altre fonti;**
3. **stabilire linee di indirizzo e regole chiare per le forme organizzative.**

L'ordine di priorità è puramente formale, perché i tre nodi vanno risolti contemporaneamente.

Sulle forme di rapporto con il sapere riteniamo che bisogna avere il coraggio di valorizzare meglio ciò che è patrimonio del settore ed in particolare della nostra Federazione.

In questa logica di favorire il sapere esperienziale che sia illuminato da solide basi teoriche, s'inserisce la scelta di privilegiare forme di proposizione del sapere che abbiano meno le caratteristiche di lezioni magistrali e più caratteristiche di osservazioni critiche dell'esperienza, ovviamente meditate e analizzate.

Per la sistematica ci sono i trattati e, in ogni caso, ben difficilmente si riesce in contesti di convegno ad offrire realmente sforzi sistematici non banali.

Un altro aspetto da considerare è il sapere portato dai partecipanti, con il quale difficilmente si riesce ad interloquire, se non viene pensato come un "a priori" dal quale non è possibile prescindere.

In altri termini sappiamo che ognuno è disposto a confrontarsi realmente con altre ipotesi a condizione che esse sappiano richiamare ciò che già appartiene all'orizzonte cognitivo dell'interlocutore.

Da ciò la necessità di ripensare sia le forme che i contenuti del sapere che andiamo a proporre, dando vincoli precisi e richiedendo competenze ed abilità comunicative ai formatori/relatori.

Questo è un compito da affidare al comitato scientifico nazionale con un preciso mandato.

Un altro aspetto da considerare è quello dei rapporti con altre discipline, che nella logica della formazione di professionisti in service, rappresenta il valore aggiunto reale, che difficilmente può essere acquisito per altra via.

È necessario cioè realizzare scenari sui quali possano esprimersi e confrontarsi punti di vista disciplinari diversi, arricchendo il patrimonio delle rispettive discipline attraverso la formulazione di nuovi concetti interpretativi, nuovi paradigmi, nuove epistemologie, che possono nascere solo dal confronto con punti di vista diversi, non solo per i contenuti ma anche per gli angoli visuali di osservazione di fenomeni, che come continuiamo a ripetere senza di fatto tenere realmente conto, sono multifattoriali e polimorfi.

Va detto, ad onor del vero, che rimangono parzialmente eluse alcune necessità formative di base, per quei professionisti di più recente accesso al settore, ma tali necessità possono essere soddisfatte con progetti mirati e specifici che non comportano grossi investimenti.

In sintesi si può pensare che la mission della Federazione sia orientata ad organizzare eventi formativi con queste finalità e modalità:

- *Eventi a rilevanza tematica, nazionali, orientativamente 2 eventi per anno, con le caratteristiche di cui sopra, della durata di due giornate. Finanziati con contributi e risorse nazionali.*

- *Eventi specifici di approfondimento di area regionale o pluri-regionale, monotematici, con consistenti contributi di esperienze locali ben qualificate, finanziati ed organizzati con contributi e risorse regionali e quote d'iscrizione adeguate alla rilevanza dell'evento.*
- *Corsi di formazione monotematici replicabili ad isorisorse, autofinanziati con le quote d'iscrizione che devono essere adeguate alla qualità e alla durata del corso. In questa tipologia rientra la possibilità di organizzare dei Master, con diversa qualificazione (con o senza Università).*
- *Evento nazionale ogni tre anni, complessivo, che rappresenti la sintesi dei tre anni precedenti e che lanci il programma strategico per il triennio successivo. Organizzato dal Direttivo e dal Comitato Scientifico nazionale e finanziato con risorse nazionali.*

In questo modo si dovrebbe riuscire ad intercettare e soddisfare le diverse esigenze formative, calibrando investimenti, costi, finalità, strumenti e modalità in modo differenziato.

Tutte le programmazioni di eventi formativi regionali dovranno essere promosse, ove esistente, dal corrispettivo comitato scientifico (o da più comitati in caso di evento pluriregionale) secondo i dettami fondamentali di tale documento politico strategico e, comunque, **dovranno essere sottoposte alla valutazione, approvate e sostenute dal Comitato Scientifico nazionale.**

Il Comitato Scientifico nazionale orienterà l'attività didattica anche attraverso l'opera d'apposite commissioni nazionali, opportunamente costituite secondo regole e criteri orientati alla valutazione dell'operato scientifico, nazionale ed internazionale, dei componenti il Comitato stesso.

Ricerca e formazione devono procedere di pari passo se vogliono mantenere la loro qualità, perciò la Federazione deve porsi seriamente il problema dei settori di ricerca nei quali investire e quali fonti di finanziamento sono accessibili oltre a quelle già considerate dell'industria del farmaco che dovranno essere modulate in ragione dei fini scientifici definiti dalla Federazione stessa.

Innanzitutto è necessario allargare gli orizzonti all'Europa, benché se ne avverta un certo declino per i finanziamenti di settore.

Il nostro punto forte è costituito dall'essere l'unica organizzazione del settore a base realmente nazionale, con una diffusione capillare sul territorio e con le possibilità effettive di pensare, coordinare e realizzare progetti di rilievo. È un capitale che va fatto rendere attraverso investimenti mirati:

- *costruzione di rapporti con gli organismi della U.E. che governano i finanziamenti e gli indirizzi di progettazione. Individuazione di alleanze organizzative in altri paesi europei (Associazioni, Società scientifiche) e costruzioni di partnership indispensabili per accedere alle risorse europee.*
- *Consolidamento dei rapporti istituzionali e politici che possono facilitare l'accesso alle risorse governative e regionali.*
- *Dotare la Federazione di livelli organizzativi che lavorino in modo finalizzato ad esplorare, ricercare, monitorare tutte le possibili fonti nazionali ed internazionali che governano e indirizzano risorse finalizzate a progetti (Fondazioni Bancarie in primo luogo, altri tipi di fondazioni oltre a tutti gli organismi governativi italiani ed europei).*
- *Attrezzarsi in modo stabile e professionale per costruire, sviluppare abilità e competenze progettuali nel campo della ricerca e della formazione.*

È evidente che tutto ciò comporta l'onere di fare scelte, decidere priorità, allocare risorse umane ed economiche, ovvero assumersi responsabilità d'impresa.

L'attuale assetto organizzativo della Federazione è ancora poco orientato in questa direzione, e vanno acquisite nuove compe-

tenze umane oltre a quelle esistenti, con il fine comune di far fronte alla mole d'impegni che la realizzazione di tali strategie comporterebbe.

Si tratta quindi di individuare sulla base di competenze, abilità, qualità professionali e curricolari, le persone che si dovranno occupare dei singoli settori elencati, con mandato annuale, programmato, sottoposto a verifica trimestrale, sostenuto da un budget specifico se necessario.

È evidente che è necessario adattare le forme organizzative attuali della Federazione a questa strategia, che comporta un processo di delega e di responsabilizzazione molto più incisivo,

forse anche un po' rischioso, ma indispensabile se vogliamo raggiungere i risultati che ci prefiggiamo.

Significa introdurre un po' di meritocrazia e di efficientismo che non vadano a scapito della rappresentatività, ma che la possano integrare con intelligenza e rigore.

A cura del Gruppo di lavoro del direttivo nazionale di FeDerSerD, con specifici contributi di Emanuele Bignamini, Maurizio Fea, Donato Donnoli, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Roberto Cataldini.

RECENSIONE



Gilberto Di Petta

Gruppoanalisi dell'esserci

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/
Quaderni - direttore scientifico:
Alfio Lucchini
pp. 208, € 16,50 Cod. 231.1.28 (V)

Questo testo declina la psicologia *fenomenologico-esistenziale* come terapia della *reciprocità* tra tossici, psicotici e lucidi. Dall'esperienza diretta e drammatica di alcuni Ser.T. di frontiera uno psichiatra elabora la gruppoanalisi dell'esserci come attuazione della *noitè* che ama, sviluppando fino in fondo la grande lezione di

Ludwig Binswanger. Gruppo dopo gruppo, *incontro dopo incontro*, la nostalgia della droga e la disperazione della ricaduta, il vuoto del delirio e l'apatia dei giorni *normali* si rimescolano, *intenzionalmente*, in una vivida e nascente atmosfera di scambio emotivo e di contatto corporeo. Il linguaggio è immediato, mai "tecnico", denso di parole che, dal cuore, vanno al cuore del fenomeno. Questa esperienza radicalmente innovativa di viverci, insieme, operatori e utenti, la metamorfosi possibile, è facilmente attuabile, per la sua semplicità metodologica, per l'assenza di un modello rigido di riferimento e per l'efficacia della presa affettiva. Il testo è rivolto a chiunque sia disposto ad *esserci in prima persona*, con tutto ciò che prova, nella relazione con un altro. Oltre il destino della dipendenza, la *routine* della clinica e il *burn-out* dell'Istituzione, in questo nuovo modo di esserci insieme si rimettono in questione, per ognuno, il senso della vita, l'autenticità dell'amore, il rischio della libertà.

Gilberto Di Petta, neuropsichiatra, psicopatologo e terapeuta di formazione fenomenologica, è dirigente responsabile di una Unità operativa speciale per la comorbilità psichiatrica nell'Area Dipendenze dell'ASL Napoli 3.

RECENSIONE



Claudio Annovi, Roberta Biolcati,
Renato Di Rico (a cura di)

Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/
Manuali - direttore scientifico:
Alfio Lucchini
pp. 320, € 25,50 Cod. 231.2.3 (V)

Il consumo e l'abuso di alcolici rappresentano una fonte di rischio per la salute individuale e per lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa in regime di sicurezza. A partire da questa considerazione istituzioni e comunità hanno manifestato un crescente interesse per i costi umani, sociali ed economici causati dal consumo di alcol, che ha orientato il mondo del lavoro e dei servizi socio-sanitari ad attuare interventi preventivi ed informativi. Inoltre, le dimensioni e le implicazioni dei problemi legati all'alcol hanno contribuito a promuovere l'emanazione di specifiche disposizioni di legge, che riducano i rischi a cui il lavoratore può essere esposto.

Questo manuale, nuovo nel panorama nazionale, presenta una circostanziata descrizione dei principali modelli di intervento teorici ed operativi e dei contesti culturali, epidemiologici e legislativi utili all'elaborazione e all'attuazione di progetti di prevenzione alcolologica nelle singole realtà, d'azienda o territoriali. In particolare vengono analizzate le funzioni che possono essere esercitate dai servizi pubblici e del privato sociale (Ausl, Enti locali, associazioni e gruppi di auto-aiuto) e dagli attori del mondo del lavoro (azienda, medico competente, organizzazioni sindacali).

Il volume si rivolge a quanti si occupano di sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro: medici competenti, operatori sanitari dell'area dipendenze e sanità pubblica, istituzioni e associazioni impegnate nella prevenzione ed educazione alla salute, gruppi di auto-aiuto. Ma anche a imprese, sindacati, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione aziendali, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, docenti e studenti.

Claudio Annovi, psicologo psicoterapeuta, direttore del Servizio dipendenze patologiche area sud, Ausl Modena, responsabile del Progetto "Alcol e Lavoro" della Regione Emilia-Romagna.

Roberta Biolcati, psicologa psicoterapeuta, ricercatore in Psicologia clinica presso il Dipartimento di psicologia, Università degli Studi di Bologna.

Renato Di Rico, medico del lavoro, direttore del Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, area sud, Ausl Modena.

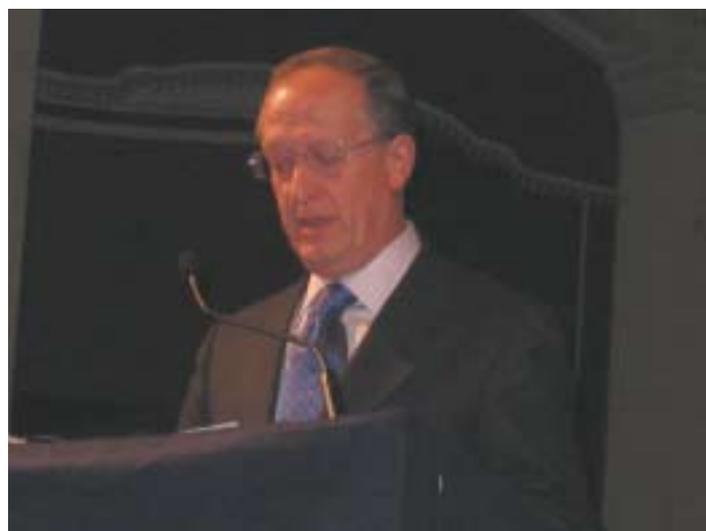
Un evento eccezionale dal 30 novembre al 2 dicembre 2005 a Palermo.
FeDerSerD ha organizzato un Congresso Nazionale Tematico a partecipazione internazionale

COCAINA E POLIABUSO

La realtà italiana e gli scenari internazionali

L'evento si è aperto nella magnifica cornice del Teatro Politeama. Il presidente del Congresso Giorgio Serio, il vice presidente nazionale Guido Faillace e il presidente del Comitato Etico Scientifico Claudio Leonardi hanno visto coronare il loro impegno dalla partecipazione di oltre 800 professionisti e dalle straordinarie parole di apprezzamento di Antonio Maria Costa, Direttore Esecutivo dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine: "Prima di esporvi le mie riflessioni, centrate come saranno sul problema della cocaina nel mondo, consentitemi di rivolgere un ringraziamento a voi, professionisti dei servizi per le tossicodipendenze. Fate un egregio lavoro. Rappresentate una controparte eminente per le Nazioni Unite. Giorno dopo giorno vi confrontate con tragedie umanamente sofferte e socialmente costose. Ammiro il vostro impegno... FeDerSerD svolge per molti versi un lavoro parallelo e complementare a quello dell'Ufficio che dirigo. La vostra associazione, come l'UNODC, si basa su un tipo d'intervento che predilige la verifica sul campo e promuove la diffusione di buone prassi. La mia presenza oggi a Palermo intende manifestarvi l'intenzione del mio Ufficio di traslare quanto è possibile della vostra esperienza nazionale a livello globale, affinché essa possa essere trasformata in ricchezza di contenuti per il resto del mondo... Il vostro lavoro fa da corollario ad altri punti di riferimento che,

personalmente, ho riscontrato nel mondo... Occorre non solo aumentare la copertura, ma anche migliorare la qualità dei servizi di prevenzione anti-droga. E qui FeDerSerD svolge un ruolo fondamentale. Occorre offrire ai tossicodipendenti servizi specialistici con competenze e modalità cliniche scientificamente riconosciute... La dottrina di FeDerSerD è ampiamente condivisa



Antonio Maria Costa





Frank Vocci



dalle Nazioni Unite... La prevenzione efficace deve essere basata su postulati scientifici e affrontare le circostanze che portano alla tossicodipendenza. ... Occorre limitare i fattori di rischio e sostenere i fattori di protezione... Occorre altresì fornire ai giovani informazioni chiare sui rischi della tossicodipendenza, rafforzando comportamenti che sgorghino in stili di vita sani”.

Di livello assoluto la sessione “La conoscenza dell’offerta ed il suo contrasto” con gli interventi del procuratore nazionale antimafia Pietro Grasso, del magistrato di Reggio Calabria Nicola Gratteri, dell’on. Giuseppe Lumia e del criminologo Francesco Bruno. I vari aspetti che devono concorrere per una vera lotta alla criminalità organizzata sono stati esaminati da ogni sfaccettatura con la presentazione di dati e strategie aggiornate.

Alfio Lucchini, Pietro Fausto D’Egidio, Padre Salvatore Lo Bue, Don Egidio Smacchia, Lucio Babolin e Padre Vincenzo Sorge, i massimi rappresentanti del sistema di intervento degli accreditati in Italia e in Sicilia hanno concluso la giornata con la sessione “Le politiche socio-sanitarie e le necessità dei servizi”.

Il livello delle sessioni scientifiche del Congresso, che in tempi brevi saranno raccolte in un volume a disposizione dei professionisti italiani, è riassumibile in due giudizi. Il primo del direttore della divisione di farmacoterapia e conseguenze mediche delle sostanze di abuso del NIDA, Frank Vocci, che ha ammesso di non aver valutato come in Italia vi siano professionisti di livello così elevato, come quelli che nello stesso Congresso avevano appena presentato lavori nelle varie sessioni scientifiche. Nel resto del mondo si parla assai poco del nostro Paese e quando su questi temi si cita l’Europa non si va oltre la Gran Bretagna e qualche nazione di lingua tedesca. Il secondo di uno studioso italiano che, dopo aver partecipato anche alla iniziativa governativa che è seguita a Palermo e alla iniziativa sempre di quei giorni a Roma per costruire politiche alternative di settore, ha concluso



Guido Faillace

che solo all’incontro di FeDerSerD ha potuto vedere coniugati significativamente gli aspetti istituzionali e quelli scientifici di livello.

Obiettivamente i contributi di Fabio Mariani, Gilberto Gerra, Frank Vocci, Michele Ferdico, Francesco Leri, Felice Nava, Ivan Montoja, Claudio Leonardi, Edoardo Cozzolino, Renato Bernardini, Carmelo Rinaudo, Cettina Visconti, Emanuele Bignamini, Claudia Passudetti, Vincenzo Marino, per citare solo alcuni relatori e dando per citati i non meno qualificati e noti moderatori e poi i conduttori dei quattro workshop di approfondimento dell’ultima giornata di lavoro, hanno permesso di puntualizzare proprio “alla data odierna” la ricerca e la clinica sulla cocaina, le terapie farmacologiche, sia del cocainismo puro sia del coabuso, i trattamenti farmacologici dei disturbi psichiatrici nei cocainomani, la realtà dei contesti terapeutici e degli interventi psicoterapici.



L'Alcolismo: necessità di formazione per gli operatori

Prima parte

Mauro Ceccanti* e Francesca Panebianco*

Premessa

Questo è il primo di due articoli tratti da una conferenza tenuta da uno degli autori (Ceccanti) in un convegno di FeDerSerD (Roma 2005).

Il desiderio di vivacizzare il dibattito ha indotto gli organizzatori ad arricchirne i contenuti predisponendo un sistema interattivo che consentisse al pubblico di manifestare, in modo anonimo, le proprie opinioni/conoscenze sul tema prescelto.

I risultati ottenuti e la spinta alla riflessione che ne sono derivati, ci hanno indotto a comunicare attraverso "Mission" questa esperienza per aprire un dibattito sulle conoscenze e necessità formative degli operatori rispetto al problema alcol.

Nell'articolo di questo numero viene affrontato il tema della diagnosi e delle difficoltà che ostacolano l'individuazione delle persone con problemi di alcol, mentre nel prossimo numero si parlerà del trattamento farmacologico della Sindrome di Astinenza da Alcol e dell'alcolismo cronico.

I problemi e le Patologie Alcol Correlate (PPAC) e la loro diagnosi

Introduzione

Nel mondo occidentale la prevalenza delle Patologie Alcol Correlate (PAC) nella popolazione generale è compresa tra il 10% ed il 15% della popolazione adulta, con ampie oscillazioni dei valori dovute alla scarsità delle ricerche epidemiologiche e alla difficoltà di individuare gli alcolisti (O'Connor, Schottenfeld, 1998).

Nella popolazione ospedalizzata, tale prevalenza è compresa tra il 20% ed il 40% dei pazienti ricoverati (Grant, 1996; Kessler *et al.*, 1996; Ceccanti *et al.*, 1993).

In Italia, in particolare, il fenomeno è in espansione e, secondo alcune stime, coinvolge circa il 12% della popolazione di età superiore ai 18 anni (Ceccanti *et al.*, 2002): questi dati fanno ritenere attendibile una stima di circa 5.000.000 di persone con PAC.

Infine si deve segnalare che ogni anno, mediamente, più di 30.000 persone muoiono per PAC (cirrosi epatica, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, tumori, malattie cardiovascolari respiratorie e gastrointestinali).

Da non sottovalutare, inoltre, benché difficilmente quantificabili, i costi economici derivanti dalle spese che grava-

no sul SSN, nonché dalle giornate lavorative perse (2,5-5 miliardi di euro/anno) (Ceccanti, 1993) ed altre ancora, difficilmente quantificabili.

1. I problemi e le patologie alcol-correlate (PPAC)

Le difficoltà che si incontrano nell'affrontare i Problemi provocati dall'uso e dalla dipendenza dell'alcol, derivano dalla multidimensionalità del fenomeno e dall'integrazione della sostanza alcol negli usi e costumi della nostra società.

La diversa visione e tipologia delle professionalità che nel tempo si sono occupate dell'alcol come problema socio-sanitario (medici, psicologi, sociologi, tossicologi, ecc.), unita allo stigma della comunità civile (alcolismo = vizio riprovevole) ed alla scarsa comunicazione tra i vari professionisti, hanno fatto sì che, a tutt'oggi, vi sia una gran confusione di linguaggi e modalità d'intervento che rendono difficile un approccio condiviso e costruttivo al problema alcol.

Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dalla comunicazione diffusa attraverso i mass media: questi identificano genericamente un bere moderato e un bere eccessivo, in una contrapposizione tra bene e male i cui limiti e confini non vengono ben definiti; vengono lasciati, per lo più, alla libera immaginazione dell'utente, o quantificati in modo approssimativo, senza gli approfondimenti e le precisazioni che sarebbero necessari per consentire, a coloro che ricevono l'informazione, di avere gli strumenti per confrontare il proprio stile di vita con il rischio di salute.

A tal proposito, bisogna anche riconoscere, che poco viene fatto per informare correttamente su cosa si intende per il rischio di salute stesso.

Un approccio corretto dovrebbe, per prima cosa, chiarire cosa è, e cosa comporta, il bere a rischio. Per far ciò, è essenziale poter contare su dati epidemiologici rilevati con metodiche affidabili e, nel contempo, utilizzare una misura del bere che sia facilmente comprensibile e di pratica utilità.

Infatti, se noi volessimo valutare i consumi di alcol di una persona dovremmo ricorrere alla seguente formula:

$$\frac{\text{ml di bevanda} \times \text{grado alcolico} \times 0,8}{100}$$

I risultati che possiamo ottenere dalla sua applicazione sono sicuramente precisi, ma poco utili nella pratica quotidiana.

È per questo motivo che è stato introdotto il concetto di Unità Alcolica (UA) quale strumento che consenta di semplificare la valutazione delle quantità di alcol ingerite.

* Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, Università La Sapienza, Roma.

Si intende, infatti, per UA la quantità di bevanda alcolica contenuta nel tipico recipiente della bevanda stessa: il bicchiere da vino (150 ml, 12%/vol.), la lattina di birra (330 ml, 4,5%/vol.), il bicchiere di superalcolico servito al banco (30-40 ml, 40%/vol.).

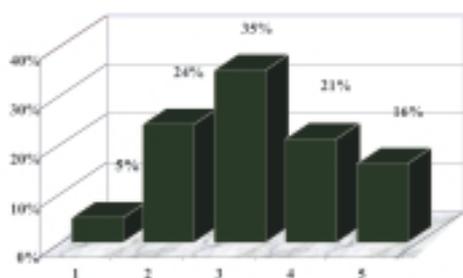
Il contenuto in alcol anidro, in tali condizioni, è pari a circa 13 g per ogni UA.

Per ottenere il consumo di alcol giornaliero è quindi sufficiente conoscere le UA consumate e moltiplicare la somma per 13.

Sulla base di queste considerazioni, sono state poste le seguenti domande all'assemblea.

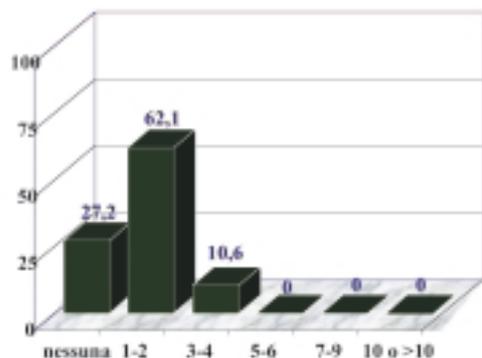
QUANTO SPESSO AVETE ASSUNTO UNA UA (BIRRA, VINO, SUPERALCOLICI)?

1. Mai
2. Meno di una volta al mese
3. 2-4 volte al mese
4. 2-3 volte a settimana
5. 4 o più volte a settimana



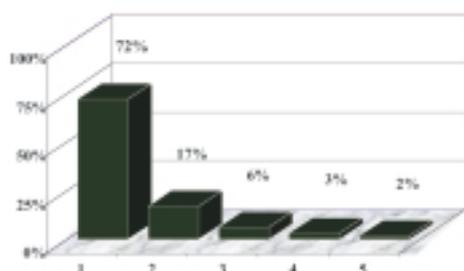
QUANTE UA (BIRRA, VINO, SUPERALCOLICI) ASSUMETE GIORNALMENTE?

1. nessuna
2. 1-2
3. 3-4
4. 5-6
5. 7-9
6. 10 o Più



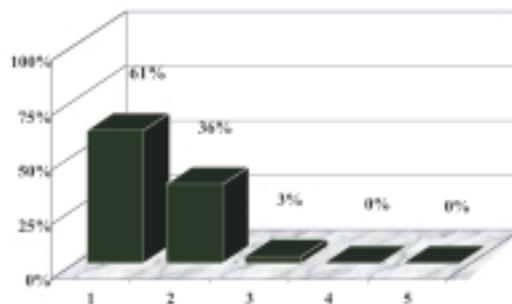
QUANTE VOLTE BEVETE PIÙ DI 5 UA (SE UOMO) O 4 UA (SE DONNA) IN UNA SINGOLA OCCASIONE?

1. Mai
2. Meno di una volta al mese
3. Mensilmente
4. Settimanalmente
5. Giornalmente o quasi



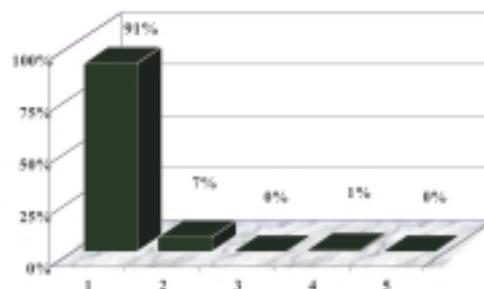
NELL'UOMO, PER BERE MODERATO SI INTENDE UN CONSUMO DI ALCOL NON SUPERIORE A ...UA (BIRRA, VINO, SUPERALCOLICI).

1. 1-2
2. 3-4
3. 5-6
4. 7-9
5. 10 o più



NELLA DONNA, PER BERE MODERATO SI INTENDE UN CONSUMO DI ALCOL NON SUPERIORE A ...UA (BIRRA, VINO, SUPERALCOLICI).

1. 1-2
2. 3-4
3. 5-6
4. 7-9
5. 10 o più



1.1. Considerazioni sulle risposte

L'alcol è una sostanza che compare sulla terra più di 20.000 anni fa.

La sua storia, per certi versi, accompagna la storia dell'uomo: l'alcol diviene, rapidamente, partecipe e protagonista della vita sociale, culturale e religiosa dell'uomo.

Tuttavia ancor oggi questa sostanza rimane sconosciuta ai più per quanto riguarda i suoi effetti negativi sulla società stessa e sulla salute dell'uomo.

In Italia, soprattutto, poco si conosce sugli effetti determinati da un consumo incongruo dell'alcol (peraltro vi è difficoltà a definire cosa si intende per "incongruo") e non si hanno dati relativi al numero di persone che presentano problemi e patologie alcol-correlate (PPAC).

L'OMS suggerisce agli uomini ed alle donne di non consumare più di 3 UA/die (~ 40 g di alcol anidro), e, rispettivamente, 2 UA/die (~ 25 g di alcol anidro).

Il Ministero della Salute degli Stati Uniti e del Regno Unito propongono, rispettivamente, 2 UA/die per l'uomo e 1 UA/die per la donna.

Nella ricerca clinica, coloro che assumono meno di 12 UA l'anno vengono classificati come non bevitori o astemi, mentre coloro che assumono, per singola occasione, più di 5 UA, se uomo, o di 4 UA, se donna, vengono identificati come forti bevitori.

Da queste indicazioni possiamo rilevare che i partecipanti al Convegno sono classificabili (fig. 1) come astemi per

il 29% e bevitori per il 71%, un dato molto vicino alla media nazionale.

Circa il 37% beve alcol quotidianamente o quasi: il 10,61% beve 3-4 UA/die (fig. 2), ben il 28% può essere considerato un forte bevitore (fig. 3).

Per quanto riguarda i limiti che si dovrebbe consigliare di non superare, il 3% e il 7% degli operatori non li ha ben chiari per quel che riguarda l'uomo e, rispettivamente, la donna (figg. 4-5). Premesso che questi dati debbono essere interpretati considerando che i votanti possono essere diversi da votazione a votazione, che i votanti stessi possono rispondere con un diverso grado di sincerità e che il campione non può essere considerato rappresentativo delle categorie coinvolte (medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali) possiamo fare 3 osservazioni:

1. c'è una larga parte degli operatori che, pur avendo conoscenza delle quantità di alcol che espongono ad un rischio aumentato, non sembra tenerne conto rispetto alla propria persona,
2. circa il 10% consuma giornalmente quantità di alcol che lo espone a rischi di danno da alcol,
3. mentre il 28% afferma di bere quantità di alcol che lo qualificerebbero come un forte bevitore.

È evidente la forte dissociazione tra conoscenza dei limiti raccomandati ed il proprio comportamento nei confronti dell'alcol.

Tutto ciò pone l'interrogativo se la conoscenza comporti anche la convinzione (consapevolezza) che l'alcol danneggia l'organismo o se nel proprio intimo non si riesca a credere del tutto a quanto la ricerca e i dati epidemiologici confermano sui danni dell'alcol.

In qualunque caso sembra esistere una sorta di schizofrenia tra conoscenza e sua applicazione pratica nei confronti di sé stessi e dei pazienti.

È probabile che gli aspetti socio culturali, che da sempre si accompagnano all'uso di alcol nel nostro Paese, siano prevalenti rispetto alla cultura dell'alcol quale sostanza tossica.

Infine, un'ultima considerazione: quali risultati ci possiamo attendere da operatori, coinvolti, essi stessi, in un consumo di alcol a rischio? Quale esempio per gli utenti? La comunicazione verbale e non verbale sono coerenti con l'impegno terapeutico?

Ritengo che uno dei primi interventi da attuare sia quello della sensibilizzazione degli operatori socio sanitari al fine di renderli capaci di condividere non solo a parole, ma nei fatti una scelta di stile di vita in grado di promuovere la salute.

Ciò non significa che gli operatori non debbano bere, ma è importante che siano pienamente coscienti e convinti della potenziale pericolosità dell'alcol: ciò renderà più agevole il rapporto medico/paziente e aumenterà la probabilità dell'efficacia del trattamento intrapreso.

1.2. Bere normale, bere eccessivo, bere problematico

I confini tra queste varie situazioni non sono sempre ben definiti; vari fattori, infatti, contribuiscono a inserire in una categoria piuttosto che in un'altra coloro che assumono alcol.



È opportuno fare comunque alcune considerazioni che ci consentano di interpretare al meglio le varie situazioni.

Intanto non esistono confini netti tra il bere "normale" e il bere eccessivo, così come il bere "problematico" (che crea problemi in senso lato) non è appannaggio solo del bere eccessivo, ma si può presentare anche tra coloro che assumono quantità di alcol considerabili come moderate.

Nella figura è disegnato il grafico della distribuzione tipica del consumo di alcol all'interno di una popolazione: mentre la maggioranza della popolazione beve moderatamente, una piccola percentuale beve quantità che la maggior parte di noi riconoscerebbe obiettivamente eccessive. Se volessimo tracciare una linea di demarcazione tra bevitori "normali" ed "eccessivi" troveremmo molte difficoltà ad identificare un punto preciso (*cut-off*) dove far passare la linea.

I consigli dell'OMS o dei Ministeri della Salute USA e del Regno Unito sopra riportati possono rappresentare una buona indicazione. Tuttavia è opportuno fare alcune considerazioni:

1. nel 1980, le quantità di alcol che si suggeriva di non superare erano pari a circa 1 g/kg di peso corporeo: oggi, attraverso quantità intermedie si è passati a 40 g per l'uomo e a 25 per la donna, con una tendenza in diminuzione decisa e continua.
2. Questi dati sui limiti di rischio si riferiscono a valutazioni epidemiologiche e, come tali, il loro significato rispetto al singolo individuo deve essere interpretato sulla base di ulteriori conoscenze che la ricerca ci fornisce in continuazione:
 - a) l'alcol è in grado di potenziare patologie di diversa origine;
 - b) l'alcol è la seconda causa di tumori riconosciuta, dopo il fumo;
 - c) nell'anziano il metabolismo dell'alcol viene rallentato;
 - d) nel giovane l'alcol può interferire con il sistema endocrino, particolarmente attivo nell'adolescenza;
 - e) il metabolismo dell'alcol è regolato da sistemi enzimatici che presentano numerosi polimorfismi che ne potenziano o ne attenuano gli effetti lesivi, per cui alcuni individui possono assumere quantità superiori a quelle raccomandate senza averne danni e altri, con quantità inferiori, possono incorrere in una PAC;

Tab. 1 - Consumi a basso rischio di patologia

Uomo in buono stato di salute	Max 3 UA/die
Donna in buono stato di salute	Max 2 UA/die
Anziano in buono stato di salute	Max 2 UA/die
Anziana in buono stato di salute	Max 1 UA/die
Donna in gravidanza e allattamento	Anche poche UA può nuocere al bambino. L'alcol passa nel latte materno e, da questo, al bambino
Bambini e adolescenti	L'alcol può essere nocivo per lo sviluppo e la crescita
Persone malate	L'alcol aggrava il diabete, le malattie del fegato, dell'apparato urinario, dello stomaco e dell'intestino, del S. Nervoso Centrale e Periferico
Persone che assumono farmaci	L'alcol può rendere i farmaci meno efficienti o aumentarne gli effetti. Non assumerli mai contemporaneamente
Persone alla guida di veicoli	L'alcol può essere molto pericoloso per chi guida: altera la percezione e i tempi di reazione

f) i figli di donne che bevono, anche piccole quantità di alcol durante la gravidanza vanno più frequentemente incontro a quella che oggi viene denominata FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders).

Sulla base di queste considerazioni possiamo affermare che non esistono quantità di alcol "raccomandabili", ma, per avere un basso rischio di patologia, i consumi debbono essere regolamentati in base all'età, alla salute dell'individuo, alle sue capacità metaboliche, alla gravidanza (tab. 1).

Infine, osservando con attenzione il grafico, se da una parte possiamo considerare che i forti bevitori sono ad alto rischio di sviluppare una PPAC, dall'altra dobbiamo rilevare che, in qualunque punto noi poniamo la linea di demarcazione, queste persone rappresentano solo una parte della popolazione generale.

In realtà, pur essendo, per lo più, appannaggio dei forti bevitori, le problematiche alcol-correlate si presentano anche nei bevitori "normali", anche se in percentuale minore.

Ciò deve far comprendere che in numero assoluto i problemi alcol-correlati non colpiscono solo i forti bevitori, ma sono presenti anche nella popolazione dei bevitori "normali", sotto forma di assunzioni occasionali a rischio che espongono questi soggetti a pericoli e danni anche di notevole gravità.

Si calcola che nella loro vita circa il 5% (circa 1.500.000-2.000.000) di queste persone vada incontro a PPAC con costi sociali notevoli: per tale motivo gli organismi internazionali stanno rivolgendo la loro attenzione a implementare i programmi di prevenzione di quello che potremmo definire il "bere Problematico".

2. Diagnosi di PPAC

La diagnosi di PPAC è molto semplice quando ci troviamo di fronte a persone motivate a compiere un percorso che le allontani dall'alcol: basta chiederglielo!

Avremo una risposta, probabilmente sottostimata delle quantità di alcol consumate, ma comunque valida per intraprendere un percorso terapeutico.

È molto più complicato il caso in cui le persone non si rendono conto di aver un problema con l'alcol e quindi nega-

no consumi a rischio, oppure sono coinvolti in situazioni in cui il riconoscere il consumo di alcol potrebbe comportare una sanzione, un'agevolazione o un danno per la persona (commissione patenti, misure restrittive, ecc.).

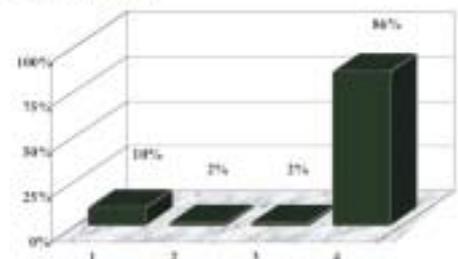
In tal caso è possibile ricorrere all'impiego di indicatori di consumo a rischio di tipo biologico e psicometrico.

2.1. Indicatori biochimici

Su questo argomento, che viene comunemente indicato come uno dei problemi principali per gli operatori, è stata posta la seguente domanda:

ALCOLISMO?

1. GI. Rossi, MCV, MCHC, SGPT
2. GI. Bianchi, SGOT/SGPT, PA, SGPT,
3. Gr. Neutrofili, GGT, PCHE, SGPT
4. CDT, GGT, MCV, SGOT/SGPT



2.1.1. Considerazioni sulla risposta

Il 14% degli operatori non è in grado di indicare correttamente gli esami biochimici che possono essere presi in considerazione quali indicatori per PPAC.

Si potrebbe obiettare che probabilmente ciò è determinato dalla variegata composizione professionale (medici, psicologi, ecc.) dell'assemblea nel cui contesto è stata posta la domanda. Secondo lo scrivente ciò non giustifica la mancata conoscenza dei parametri biochimici (così come di quelli psicometrici) di alcolismo: per poter operare in modo costruttivo, coloro che operano in un servizio di alcologia debbono avere conoscenze e comporta-

Tab. 2 - Caratteristiche di un indicatore ideale

Semplicità di esecuzione
Possibilità di automazione
Riproducibilità
Basso costo
Sensibilità
Specificità
Finestra temporale

menti omogenei volti al recupero del paziente con problemi di alcol.

Nel caso degli indicatori, gli operatori dovrebbero essere in grado di interpretarli non solo per porre la diagnosi o, comunque, per avere o meno un ragionevole sospetto, ma anche per seguire con strumenti obiettivi l'aderenza al trattamento e utilizzare i dati per dare feedback nel colloquio motivazionale e nei controlli previsti durante il periodo di follow-up.

Per tali fini è necessario avere consapevolezza dei limiti d'informazione degli indicatori in genere e di quelli per l'alcolismo in particolare.

Per tale motivo è opportuno considerare quali debbano essere le caratteristiche proprie di un indicatore ideale in modo di poterne riconoscere pregi e difetti (tab. 2).

Tra tutte quelle elencate, le ultime tre meritano un approfondimento utile ai fini interpretativi dei risultati.

Sensibilità di un test

Per sensibilità di un test (o percentuale dei veri positivi) s'intende la sua capacità di identificare i soggetti che presentano il problema (nel nostro caso, problemi di alcol).

La sensibilità, quindi, riflette il numero di persone con disturbo da uso di alcol identificati correttamente dal test ("veri positivi").

Di conseguenza, un test è molto sensibile quando fornisce pochi risultati "falsi positivi" (persone che hanno problemi di alcol e non vengono identificate dal test).

Per calcolare la sensibilità di un test si può dividere il numero di veri positivi per il totale di coloro che abusano di alcol:

$$\frac{\text{Veri Positivi}}{\text{Veri Positivi} + \text{Falsi Negativi}}$$

Specificità di un test

Per specificità di un test (o percentuale dei veri negativi) s'intende la capacità del test di identificare correttamente i soggetti che non hanno un disturbo da uso di alcol.

Pertanto la specificità corrisponde alla proporzione di soggetti che non abusano di alcol correttamente identificati dal test ("veri negativi").

Ne consegue che un test è molto specifico quando fornisce un basso numero di "falsi negativi" (soggetti che non abusano identificati dal test come abusatori di alcol).

La specificità del test può essere calcolata dividendo i casi veri negativi per il numero totale di coloro che non abusano:

$$\frac{\text{Veri Negativi}}{\text{Veri Negativi} + \text{Falsi Positivi}}$$

Finestra temporale

La finestra temporale è il periodo in cui il test è in grado di rilevare un abuso di alcol.

Questo periodo dipende da caratteristiche individuali e del test ed è correlato al tempo necessario affinché il test torni nei limiti di norma dopo la sospensione dell'alcol.

Infine, per poter essere utile nella pratica clinica, l'indicatore deve essere disponibile nei comuni laboratori.

Sulla base di queste considerazioni gli indicatori più utilizzati, nella pratica clinica, sono i seguenti:

- ALCOLEMIA;
- GGT;
- TRANSAMINASI;
- RAPPORTO GOT/GPT (AST/ALT);
- MCV (Volume Cellulare Medio);
- CDT (Carbohydrate Deficient Trasferrin).

La cui sensibilità, specificità e finestra temporale sono indicati nella tabella seguente (i dati riportati debbono essere considerati orientativi):

MARKER	Sensibilità	Specificità	Finestra Temporale	Quantità alcol
Alcolemia	Elevata	Elevata	Ore	
GGT	~ 52%	~ 64%	2-6 settimane	10 UA/sett. Per molte settimane
GOT	~ 35-40%	Bassa	7 giorni con notevoli variazioni	> 5 UA/die per un periodo non determinato
GPT	~ 35-40%	Bassa	Variabile	> 5 UA/die per un periodo non determinato
GOT/GPT	~ 35-40%	Bassa		
MCV	~ 45%	~ 60%	Variabile con emivita di 40 giorni	> 5 UA/die per un periodo non determinato
CDT*	~ 58%	~ 80%	2-4 settimane	> 5 UA/die per almeno 2 settimane

Come si può osservare non esiste al momento un marker ideale e la valutazione di un soggetto deve essere globale

e basata sui dati di laboratorio, sull'anamnesi e su elementi clinici ricavabili anche da parenti e/o conoscenti.

2.2. Marker psicometrici

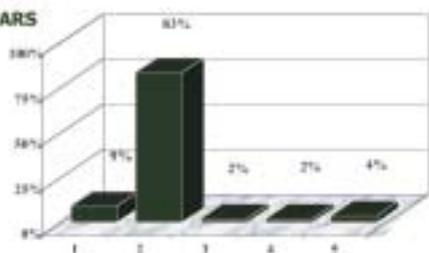
Questi indicatori rappresentano un complemento importante, ma non sempre necessario, nell'attività di un servizio alcolologico.

Il loro valore è rilevante quando si voglia fare un rilevamento di tipo epidemiologico, mentre è di scarso interesse se applicato nel singolo individuo, a meno che venga applicato per individuare i pazienti con PPAC in servizi non specifici (ospedale, medico di famiglia, ecc.).

Ciò può essere utile ai fini di uno screening per individuare i possibili utenti da inviare ai servizi alcolologici.

QUALI MARKERS PSICOMETRICI?

1. MARS, AA CAT
2. CAGE, MALT MAST,
3. SMAK CAT MAST
4. MARS CAT MAST
5. AA MALT MARS



2.2.1. Considerazioni sulla risposta

Anche in questo caso vi è una percentuale (19%), molto simile a quella rilevata per gli indicatori biochimici (14%) di operatori che non hanno dimestichezza con i test psicometrici più comunemente impiegati. È probabile che anche il loro impiego non sia appropriato, così come poco si sappia sulla loro sensibilità e specificità.

Gli indicatori psicometrici che vengono più frequentemente utilizzati in Italia sono i seguenti:

1. CAGE,
2. MAST (Michigan Alcoholism Screening Test),
3. MALT (Munich Alcoholism Test) e l'
4. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Questi test (ma ne esistono molti altri) sono per lo più autocompilati e, come tali, da molti vengono ritenuti non idonei per la tendenza propria degli abusatori di alcol a negare di avere qualche problema con questa sostanza.

Altri ritengono che questi test possano essere utili e validi se utilizzati quali strumenti di screening o nella valutazione e nel trattamento degli alcolisti.

È generalmente accettato che l'affidabilità di questo tipo di dati cresce quando l'informazione è raccolta con diverse modalità e in circostanze che si sono dimostrate capaci di migliorare i risultati dell'autocompilazione (Babor *et al.*, 1987).

Per esempio l'accuratezza può diminuire in funzione di un'assunzione recente, comorbidità psichiatrica, deficit fisici o cognitivi, scarsa fiducia sulla confidenzialità di quanto

riportato e un rapporto equivoco o teso con colui che somministra il test.

Tra gli accorgimenti che possono migliorare i risultati del test ci sono, per esempio, il dare informazioni chiare sui fini del test, coinvolgere le persone nelle procedure di screening e far comprendere che coloro che somministrano il test sono ben preparati sulla materia e disponibili. Quando questi accorgimenti sono rispettati, i risultati sono più attendibili, ancor più se utilizzati avendo presente che vengono costruiti per essere somministrati a specifici campioni di popolazione e sulla base del contesto in cui vengono rilevate (Misto *et al.*, 1995).

Infatti, il MAST è, in generale, più sensibile del CAGE, sebbene il CAGE abbia dimostrato di dare risultati migliori se somministrato a pazienti anziani, mentre non è stato pensato e non è raccomandato quale test di screening nei ragazzi sotto i 16 anni. Cherpitel ha osservato che l'AUDIT è più sensibile del CAGE e del MAST breve soprattutto negli uomini.

Peraltro si hanno diverse sensibilità di questi strumenti se vengono somministrati a popolazioni diverse.

Un'ultima considerazione è che tutti questi test sono stati studiati e vengono comunemente utilizzati in una società, quale quella americana o anglosassone in genere, dove forte è l'attenzione sociale e l'abitudine culturale a dare risposte ai questionari che non contrastino troppo con la realtà: in Italia, e nei Paesi latini in genere, l'alcol viene culturalmente accettato ed è profondamente inserito negli usi e costumi sociali.

Questa sostanza rappresenta ed è solitamente ricollegata ad elementi positivi, quali le celebrazioni e feste in genere, le ricorrenze, la socializzazione e l'unità familiare, persino con una forte componente religiosa.

Nello stesso tempo è forte lo stigma per chi ne fa un uso eccessivo, soprattutto se di sesso femminile.

Bibliografia

- Babor T.F., Stephens R.S. *et al.* (1987), "Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization", *J. Stud Alcohol*, 48:410-424.
- Ceccanti M. *et al.* (1993), *Progetto Telealco*, libro bianco.
- Ceccanti M., Balducci G., Lombardo G. (2002), *Alcol a Roma*, dati non pubblicati.
- Cherpitel C.J. (1997), "A brief screening instruments for alcoholism", *Alcohol Health Res World*, 21:348-351.
- Grant B.F. (1996), "Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey", *Journal of Substance Abuse*, 8, pp. 195-210.
- Kessler R.C., McGonagle K.A. *et al.* (1996), "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey", *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, pp. 8-19.
- Maisto S.A., Connors G.J. *et al.* (1995), "Contrasting self report for alcohol problems: a review", *Alcohol Clin Exp Res.*, 19:1510-1516.
- O' Connor P.G., Schottenfeld R.S. (1998), "Patients with alcohol problems", *JAMA*, 338, pp. 592-602.

Uno studio osservazionale sul decorso clinico del paziente affetto da un disturbo da dipendenza da oppiacei con comorbidità psichiatrica in trattamento con sostitutivo e antipsicotico atipico

Maria Chiara Pieri*, Arfedele Del Re*, Carmine Petio**, Francesca Saracino*,
Valentina Guidotti***, Paola Petrosecolo*, Claudio Antonio Comaschi****

La comorbidità psichiatrica è diventata una questione centrale nel trattamento della popolazione che affrisce ai servizi per le dipendenze patologiche.

Il termine doppia diagnosi, introdotto dalla psichiatria statunitense (De Leon, 1989; Solomon, 1996), ha una valenza categoriale in quanto indica la copresenza di un grave disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze.

Non sempre, però, i disturbi psichici che presentano i nostri pazienti sono sufficienti per ottenere una diagnosi con il DSM IV.

Gli aspetti dimensionali della patologia psichica e della dipendenza coprono un'area più vasta della doppia diagnosi in senso stretto e il progressivo affinamento delle conoscenze e degli strumenti terapeutici, richiede la cura dei sintomi e dei segni patologici, anche se non permettono di costruire un profilo diagnostico in asse I.

È esperienza comune che molte volte non si riesca a evidenziare un quadro psicopatologico dai confini definiti quando è concomitante l'uso di sostanze.

Queste sono in grado di cambiare la patomorfosi e la pervasività del disturbo psichiatrico (Di Petta, 2005), compromettendo la gestione complessiva del paziente e la riuscita del trattamento farmacologico con sostitutivo.

L'assunzione di sostanze psicoattive, sia in modo acuto che in modo cronico può precipitare un quadro psicopatologico; la sospensione o la disassuefazione da una sostanza può mimare o evidenziare una patologia psichiatrica.

La letteratura evidenzia come la comorbidità psichiatrica sia un fenomeno clinico sempre più osservato che comporta una prognosi peggiore rispetto al singolo problema psichiatrico o tossicomane: il paziente è meno aderente ai trattamenti farmacologici, le ricadute sono più frequenti, i ricoveri più numerosi e prolungati, i periodi *drug free* più rari e brevi.

Negli ultimi anni sono stati svolti diversi studi clinici sull'utilizzo degli psicofarmaci nei pazienti con doppia diagnosi, ma sono dati preliminari che devono essere confermati da ulteriori ricerche prima che possano essere delineate adeguate linee guida per il trattamento di tali pazienti.

In Italia sono ancora pochi i dati relativi alla prevalenza e alla terapia dei soggetti con comorbidità psichiatrica.

Sono quindi necessari altri studi per una migliore conoscenza dei legami tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici e per definire in modo più accurato l'intervento terapeutico. In letteratura è stata osservata una scarsa risposta al trattamento con antipsicotici convenzionali nei pazienti con doppia diagnosi: alcuni reports indicano che tali farmaci possono indurre o peggiorare un disturbo da uso di sostanze (Green, 2005).

I neurolettici tradizionali, inoltre, sono associati con un'elevata incidenza di effetti collaterali extrapiramidali, che possono essere il motivo di un'aumentata ricerca di sostanze d'abuso.

Al contrario, gli antipsicotici atipici si sono dimostrati efficaci nel ridurre il craving per diverse sostanze d'abuso nei pazienti schizofrenici (Sattar, 2003; Hutchinson, 2004; Green, 2005).

Tali osservazioni cliniche sono supportate dal meccanismo d'azione dei farmaci antipsicotici a livello dei recettori dopaminergici cerebrali, infatti i circuiti mesolimbici dopaminergici rivestono un ruolo fondamentale nella regolazione dei meccanismi che portano alla *drug addiction*.

I neurolettici tradizionali inibiscono con elevata selettività i recettori D2, mentre gli antipsicotici atipici sono solo parzialmente selettivi per tale classe di recettori.

Diversi studi preliminari hanno riportato che la clozapina riduce l'uso di sostanze, migliora la sintomatologia psicotica e aumenta i livelli di funzionamento nei soggetti con schizofrenia e disturbo schizoaffettivo (Zimmet, 2000, Noordsy, 2003).

In uno studio retrospettivo (Green, 2003), condotto su 41 pazienti schizofrenici che utilizzavano alcol e cannabinoidi, è stato evidenziato che vi è una migliore risposta alla clozapina piuttosto che al risperidone nel determinare la diminuzione del craving.

Tuttavia, tale farmaco è poco maneggevole in soggetti che non aderiscono pienamente al trattamento, perché necessita di prelievi ematici ricorrenti per prevenire il rischio di agranulocitosi.

La quetiapina è risultata utile nel migliorare la sintomatologia psichica e nel diminuire il craving per la cocaina in un gruppo di pazienti con disturbo bipolare (Brown 2002). Il risperidone si è dimostrato efficace nel ridurre il craving e le ricadute in soggetti schizofrenici cocaino-dipendenti (Smelson, 2002; Tsuang, 2002), ma la sua efficacia era

* Medico, Ser.T. Est, AUSL Bologna.

** Medico, SPDC Ottonello, Bologna.

*** Psicologo clinico, Ser.T. Est, AUSL Bologna.

**** Responsabile, Ser.T. Est, AUSL Bologna.

inferiore rispetto a quella della clozapina (Green, 2005). Secondo Grabowski (2000), invece, il risperidone si sarebbe mostrato insoddisfacente per il trattamento della dipendenza da cocaina, sulla base dei risultati di uno studio condotto su 193 soggetti per 12 settimane.

È stato riportato che tale farmaco è sicuro ed efficace anche nei soggetti con disturbo bipolare ed uso di sostanze (Albanese, 2004).

L'aripripazolo, un farmaco antipsicotico di recente introduzione in Italia, agonista parziale dei recettori D2, è risultato efficace nel migliorare la sintomatologia psichiatrica e nel ridurre l'uso di sostanze ed il craving in un gruppo di pazienti con disturbo bipolare (Brown, 2005).

L'olanzapina ha dato buoni risultati nei soggetti con schizofrenia e abuso di sostanze, refrattari ad altre terapie (Hutchinson, 2004; Green, 2005).

Case reports e studi non controllati hanno anche mostrato come tale farmaco diminuisca il craving e l'uso di cocaina, quando somministrato a soggetti con schizofrenia (Longo, 2002). Sattar (2003), valutando tre pazienti dipendenti da sostanze con diagnosi di disturbi affettivi, ha osservato come l'olanzapina sia efficace nel ridurre l'uso di sostanze psicoattive anche in soggetti non psicotici, a basse dosi e per brevi periodi di tempo, in modo tale da minimizzare gli effetti collaterali.

Nel confronto con gli antipsicotici tradizionali si è osservato che l'olanzapina è efficace quanto l'aloiperidolo nel trattamento dei disturbi psicotici indotti da cannabis, ma è associata con un minor tasso di effetti collaterali extrapiramidali e dunque con un miglior profilo di tollerabilità (Berk, 1998) e che l'olanzapina è più efficace della clorpromazina nel trattamento dei sintomi d'astinenza dei soggetti eroino-dipendenti (Chaudrhy, 2002).

Altri studi hanno dimostrato che l'olanzapina è in grado, associata al metadone, di ridurre o bloccare il consumo di cocaina nel 53% dei pazienti trattati (Bano, 2001), con percentuali di remissione totale anche del 70% in soggetti trattati solo con olanzapina per 12 mesi (Littrell, 2001). La sua efficacia sarebbe legata alla capacità di produrre una riduzione non specifica del comportamento compulsivo (Meil, 1997), come dimostra anche il fatto che l'olanzapina riduca l'impulso ad assumere alcool (Hutchison, 2001).

Non mancano, però, dati contrastanti: Kampman (2003) ha condotto uno studio a doppio cieco su trenta pazienti cocaino-dipendenti, che hanno ricevuto o il placebo o l'olanzapina e, in questo caso, la conservazione del trattamento era leggermente, ma significativamente, migliore nei soggetti trattati con placebo, che erano più portati ad essere astinenti durante l'esperienza rispetto a quelli trattati con olanzapina, sulla base degli esami delle urine. In uno studio prospettico (Sayers, 2005) non sono state evidenziate differenze né rispetto agli effetti collaterali, né rispetto al craving, nel trattamento con olanzapina piuttosto che con aloiperidolo in due gruppi di pazienti schizofrenici cocainomani.

Secondo uno studio condotto da MacCabe *et al.* (2002), invece, i pazienti schizofrenici con abuso di cocaina risponderebbero più all'olanzapina che all'aloiperidolo.

Questo perché l'olanzapina, come anche la clozapina e la quetiapina, non induce disforia come l'aloiperidolo, è più

efficace sui sintomi negativi e migliora il tono dell'umore, data la sua moderata affinità per i recettori 5-HT₃ (Potvin, 2003).

La maggiore attenzione dei servizi alle problematiche di gestione di un paziente complesso, quale è il soggetto con doppia diagnosi, e l'inizio di un processo di integrazione tra i presidi per le dipendenze patologiche e i servizi psichiatrici determinano la necessità di acquisire maggiori conoscenze sull'uso concomitante dei trattamenti con sostitutivo e delle terapie più specificatamente psichiatriche.

Nella nostra esperienza abbiamo osservato che frequentemente il paziente difficile per un servizio, non sia necessariamente un paziente grave secondo una diagnosi categoriale, ma un paziente reso "gravoso" da patologie psichiche che rimangono sottosoglia sul piano diagnostico, ma non su quello comportamentale, della sofferenza soggettiva e della richiesta di cura. In presenza di dati di letteratura suggestivi, ma per il momento ancora limitati, il nostro studio si propone di fornire un'osservazione clinica sulle terapie combinate tra farmaco sostitutivo e psicofarmaco.

Abbiamo scelto di studiare come psicofarmaco l'olanzapina perché ha un ampio profilo di azione che spazia dai disturbi psicotici a quelli dell'umore.

È un farmaco che dovrebbe essere in grado di ridurre l'instabilità emotiva, l'aggressività, l'ideazione paranoide, l'ansia e la tensione, tutti sintomi che si riscontrano in questa categoria di pazienti.

Si è deciso di utilizzare il metadone come farmaco sostitutivo in quanto nella nostra esperienza clinica i pazienti che oggi assumono metadone come sostitutivo sembrano essere siano più gravi ed impegnativi rispetto a quelli che utilizzano buprenorfina.

Il nostro studio, svolto presso il Ser.T. Est di Bologna, si pone l'obiettivo di indagare queste ipotesi cliniche. In particolare vogliamo verificare:

- l'efficacia dell'olanzapina somministrata a pazienti che assumono il metadone come farmaco sostitutivo;
- la differenza di gravità tra pazienti che assumono metadone e pazienti che assumono buprenorfina.

Materiali e metodi

L'arruolamento dei pazienti è avvenuto tra l'1 e il 15 marzo 2005, periodo in cui si sono recati al Ser.T. per visita medica 73 pazienti, dei quali 52 assumevano un farmaco sostitutivo (36 metadone e 16 buprenorfina).

A questi 52 è stato proposto di partecipare alla nostra ricerca.

A coloro che assumevano metadone è stato proposto di associare alla loro terapia un altro farmaco (olanzapina), mentre a coloro che assumevano buprenorfina è stato proposto solo di collaborare nell'esecuzione di test psicometrici.

Hanno accettato 32 dei pazienti a metadone e 13 di quelli a buprenorfina.

Abbiamo, pertanto, deciso di costituire tre gruppi da 12 pazienti, scegliendoli con metodologia statistica tra quelli che avevano accettato.

I tre gruppi sono stati valutati ogni due mesi per un periodo complessivo di sei mesi:

- un primo gruppo era composto da soggetti che assumevano metadone cloridrato e che dopo la prima valutazione (T_0), iniziavano una terapia con olanzapina;
- un secondo gruppo di soggetti era composto da soggetti che assumevano terapia sostitutiva con metadone cloridrato;
- un terzo gruppo di soggetti era composto da soggetti che assumevano terapia sostitutiva con buprenorfina.

I criteri di inclusione erano:

- paziente in carico al Ser.T. che effettua una visita medica tra l'1 e il 15 marzo 2005;
- assunzione di metadone o buprenorfina;
- consenso a partecipare ad una ricerca con la possibilità di usare un nuovo farmaco (olanzapina) per coloro che assumevano metadone e non buprenorfina;
- paziente in trattamento con contraccettivi.

I criteri di esclusione erano:

- diabete conclamato;
- obesità;
- gravidanza o allattamento;

L'età non è stata presa in considerazione, in quanto tra i pazienti afferenti al Ser.T. non ci sono anziani, per i quali l'olanzapina è controindicata.

Al T_0 a tutti i pazienti sono stati somministrati, da una psicologa e da due psichiatri in formazione:

- l'MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), questionario di personalità ad ampio spettro composto da 567 items a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso");
- la SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder), intervista semistrutturata costituita da 112 domande a risposta chiusa ("vero" o "falso") a cui segue un approfondimento degli items a cui il soggetto ha risposto affermativamente.

Da parte del medico di riferimento del Ser.T. sono state somministrate al T_0 , al T_1 , al T_2 e al T_3 due scale per la valutazione dei sintomi dello spettro bipolare:

- la BRMES (Beck Rafaelsen Melancholia Scale), per la valutazione della sintomatologia depressiva;
- la BRMAS (Beck Rafaelsen Mania Scale), per la valutazione della sintomatologia maniacale.

Durante il periodo di osservazione sono stati effettuati controlli non programmati dei metaboliti urinari dell'eroina, della cocaina e dei cannabinoidi.

Risultati

Ogni gruppo era costituito da 12 pazienti, pari al 33,33% dell'intero campione.

Il campione era costituito da 25 maschi e da 11 femmine (fig. 1), così ripartiti nei tre gruppi:

- il primo gruppo (metadone e olanzapina) era composto da 10 maschi (40% dei maschi) e 2 femmine (18% delle femmine);
- il secondo (metadone) da 7 maschi (28% dei maschi) e 5 femmine (45% delle femmine);
- il terzo (buprenorfina) da 8 maschi (32% dei maschi) e 4 femmine (36% delle femmine).

L'età media era:

- nel primo gruppo 38,9 anni (deviazione standard 6.47), con un range di età compreso tra i 25 e i 47 anni;
- nel secondo gruppo 36,0 anni (deviazione standard 7,90), con un range di età compreso tra i 25 e i 49 anni;
- nel terzo gruppo 33,2 anni (deviazione standard 8.20), con un range di età compreso tra i 21 e i 49 anni.

Suddividendo il campione in due fasce di età (21-35 anni e 36-49 anni), si può osservare che i pazienti erano così distribuiti (fig. 2):

- nella fascia di età 21-35 anni: 3 pazienti (pari al 25%) del primo gruppo, 5 (pari al 41,67%) del secondo gruppo e 10 (pari all'83,33%) del terzo gruppo;
- nella fascia di età 36-49 anni: 9 pazienti (pari al 75%) del primo gruppo, 7 (pari al 58,33%) del secondo gruppo e 2 (pari al 16,67%) del terzo gruppo.

Lo stato civile del campione (fig. 3) era così ripartito: 27 soggetti (75%) erano celibi/nubili, 3 (8,33%) erano coniugati, 5 (13,89%), separati e un paziente era vedovo.

Il domicilio del campione (fig. 4) era così posizionato: 21 (58,33%) vivevano in famiglia, 2 (5,56%) abitavano da soli, 2 (5,56%) domiciliati presso una comunità terapeutica ed i restanti 11 (30,56%) avevano un'altra situazione abitativa.

La scolarità del campione (fig. 5) era: 3 soggetti (8,33%) avevano conseguito il diploma elementare, 19 (52,78%) avevano completato le scuole medie inferiori, 12 (33,33%) le medie superiori e 2 erano laureati.

Lo stato occupazionale del campione (fig. 6) era: 14 pazienti (38,89%) erano disoccupati, 6 (16,67%) operai, 4 (11,11%) impiegati, 1 (2,78%) libero professionista, 2 (5,56%) avevano una borsa lavoro e 9 (25%) erano studenti.

Dalla valutazione dell'uso *lifetime* delle sostanze psicoattive è emerso che:

- 36 (100%) erano dipendenti da oppiacei;
- 16 (44,44%) facevano uso di sostanze stimolanti;
- 20 (55,56%) di cocaina e 6 (16,67%) ne erano diventati dipendenti;
- 12 (33,33%) di allucinogeni;
- 22 (61,11%) di cannabinoidi;
- 14 (38,89%) presentavano un abuso di alcol;
- 9 (25%) di benzodiazepine.

La maggior parte del campione (29 soggetti, pari all'80,55%) riportava un uso *lifetime* di diversi tipi di sostanze (poliassuntori). Se osserviamo i tre gruppi (fig. 7) si evidenzia che:

- nel primo: 12 soggetti usavano oppiacei, 3 stimolanti, 8 cocaina, 1 allucinogeni, 6 cannabinoidi, 2 benzodiazepine e 3 alcol; 9 di questi erano poliassuntori;
- nel secondo: 12 soggetti usavano oppiacei, 4 stimolanti, 9 cocaina, 3 allucinogeni, 7 cannabinoidi, 3 tranquillanti e 6 alcol; 10 di questi erano poliassuntori;
- nel terzo: 12 soggetti usavano oppiacei, 9 stimolanti, 9 cocaina, 8 allucinogeni, 9 cannabinoidi, 4 tranquillanti e 5 alcol; 10 di questi erano poliassuntori.

Per quanto riguarda i controlli dei metaboliti urinari dell'eroina, della cocaina e dei cannabinoidi, si è osservata una negativizzazione al tempo T_3 nell'intero campione.

Fig. 1 - Sesso

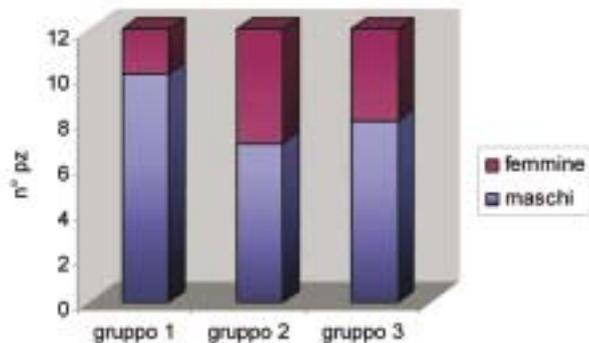


Fig. 2 - Età in classi

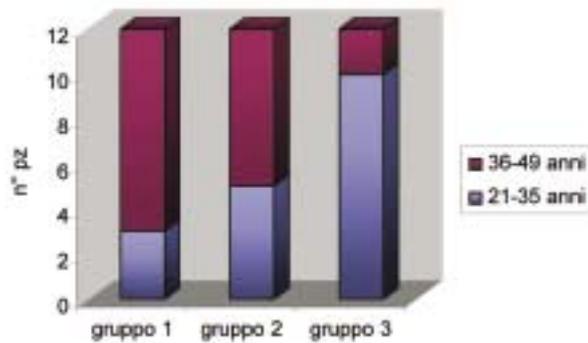


Fig. 3 - Stato civile



Fig. 4 - Scolarità

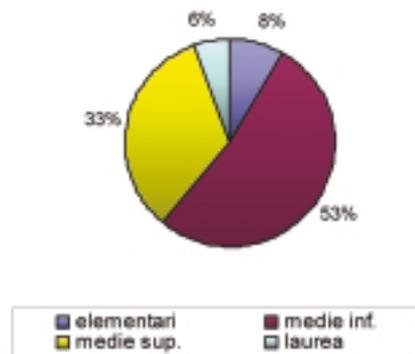


Fig. 5 - Domicilio

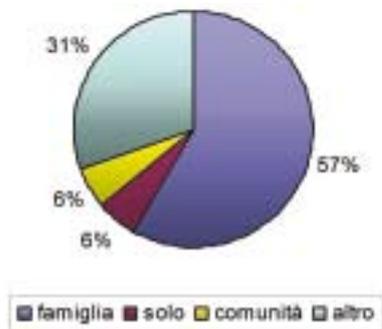


Fig. 6 - Domicilio

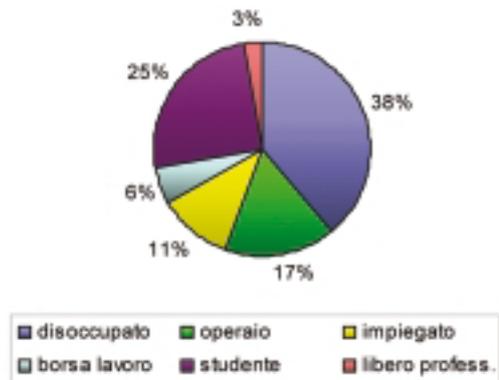


Fig. 7 - Uso di sostanze

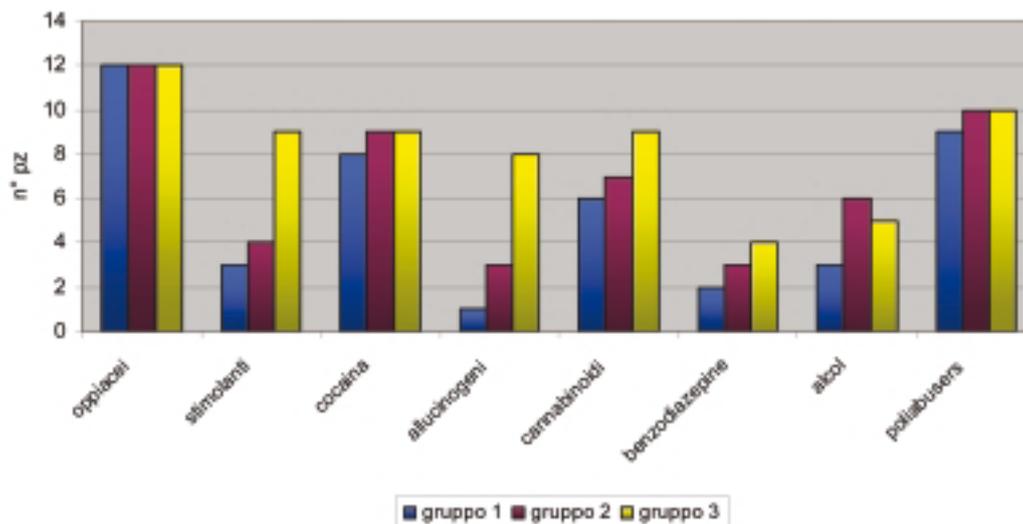


Fig. 8 - Disturbi di personalità nell'intero campione

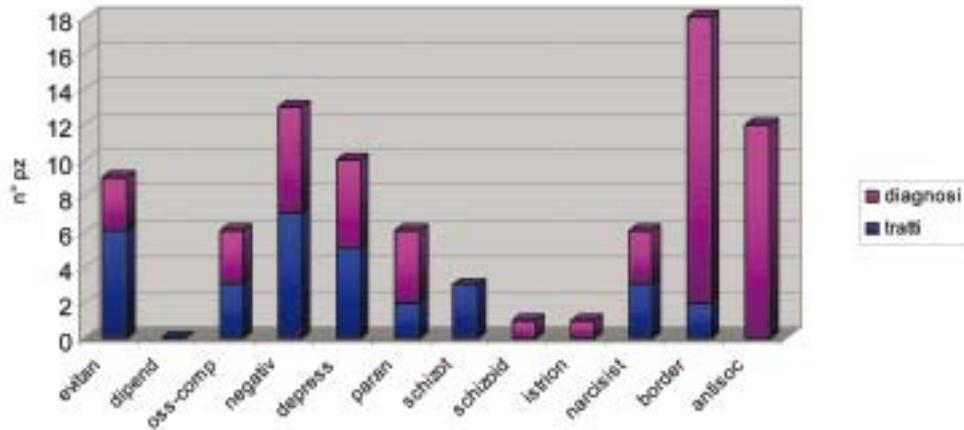
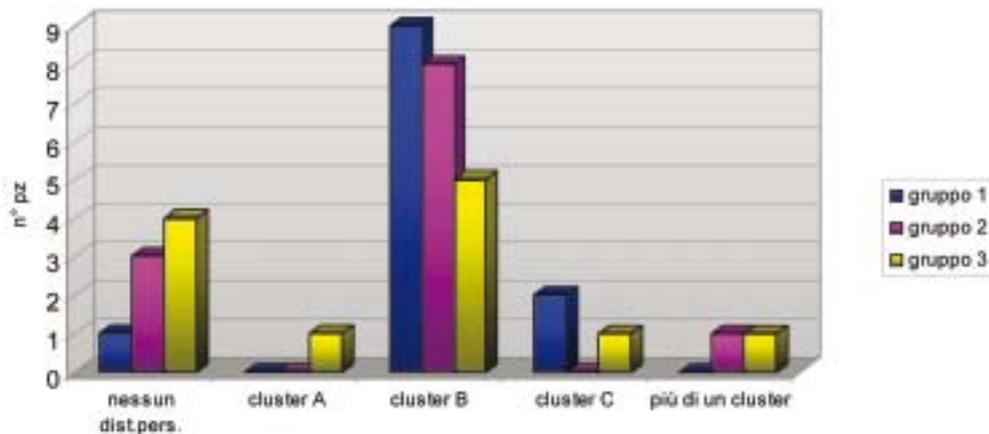


Fig. 9 - Disturbi di personalità nei tre gruppi



Sono state osservate variazioni di peso corporeo nel gruppo 1 nel 50% dei casi (6 pazienti), in particolare 2 pazienti hanno presentato un aumento inferiore al 5% del loro peso corporeo iniziale, 3 tra il 5 e il 15% ed uno tra il 15 e il 30%. La somministrazione dell'intervista semistrutturata *SCID-II* al tempo T_0 ha rivelato la presenza di almeno un disturbo di personalità in 26 pazienti (72,2% dell'intero campione). I disturbi maggiormente rappresentati (fig. 8) sono risultati essere quelli del cluster B, diagnosticati in 22 pazienti (61,1%) e, in particolare, il disturbo antisociale (12 pazienti, pari al 33,3%) e il disturbo borderline (16 pazienti, pari al 44,4%).

Confrontando i tre gruppi (fig. 9) si osserva che:

- nel primo gruppo: un soggetto non presentava alcun disturbo di personalità, 9 presentavano un disturbo di cluster B e 2 un disturbo di cluster C;
- nel secondo gruppo: 3 soggetti non presentavano alcun disturbo di personalità, 8 presentavano un disturbo di cluster B e in un soggetto sono risultati soddisfatti i criteri per più di un disturbo di personalità di cluster diversi;
- nel terzo gruppo: 4 soggetti non presentavano alcun disturbo di personalità, 5 presentavano un disturbo di cluster B, 1 un disturbo di cluster A, 1 un disturbo di cluster C e in un soggetto sono risultati soddisfatti i criteri per più di un disturbo di personalità.

La somministrazione dell'*MMPI* ha rivelato che i tre gruppi si differenziavano principalmente per quanto riguarda il numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi ≥ 65

(valore che rappresenta il *cut-off* oltre al quale si evidenzia una tendenza patologica) nelle Scale di Base, nelle Scale Supplementari e in quelle di Contenuto.

I risultati mostrano, infatti, che il numero più alto di soggetti che hanno raggiunto la soglia dei 65 punti e oltre, si trova nel gruppo 2 e il più basso nel gruppo 3. Il gruppo 1 si colloca in una posizione intermedia, più vicina a quella occupata dal gruppo 2.

I tre gruppi sono simili per quanto concerne il bassissimo numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi elevati (≥ 65) alle Scale *Mf* (mascolinità - femminilità), *Si* (introversione sociale), *O - H* (ostilità ipercontrollata), *Sod* (disagio sociale) e, al contrario per l'altissimo numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi elevati (≥ 65) nella Scala *AAS* (scala di ammissione di tossicodipendenza).

In particolare, confrontando i tre gruppi si osserva che nel primo gruppo (fig. 10):

- 12 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi ≥ 65 nella Scala *AAS* (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 10 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi ≥ 65 nelle Scale *Pa* (paranoide) e *TRT* (indicatori di difficoltà di trattamento);
- 9 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi ≥ 65 nelle Scale *Mac - R* (scala Mac Andrew di alcolismo rivista), *PK* (scala di disturbo post-traumatico da stress), *DEP* (depressione), *HEA* (preoccupazione per la propria salute), *BIZ* (ideazione bizzarra);

nel secondo gruppo (fig. 11):

- 12 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi \geq a 65 nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 9 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi \geq a 65 nella Scala Pd (deviazione psicopatica);

- 7 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi \geq a 65 nelle Scale Hs (ipocondria), Hy (isteria), Pa (paranoide), Mac – R (scala Mac Andrew di alcolismo rivista), ANX (ansia), DEP (depressione), HEA (preoccupazione per la propria salute), BIZ (ideazione bizzarra), ASP (comportamenti antisociali);

Fig. 10 - Gruppo 1

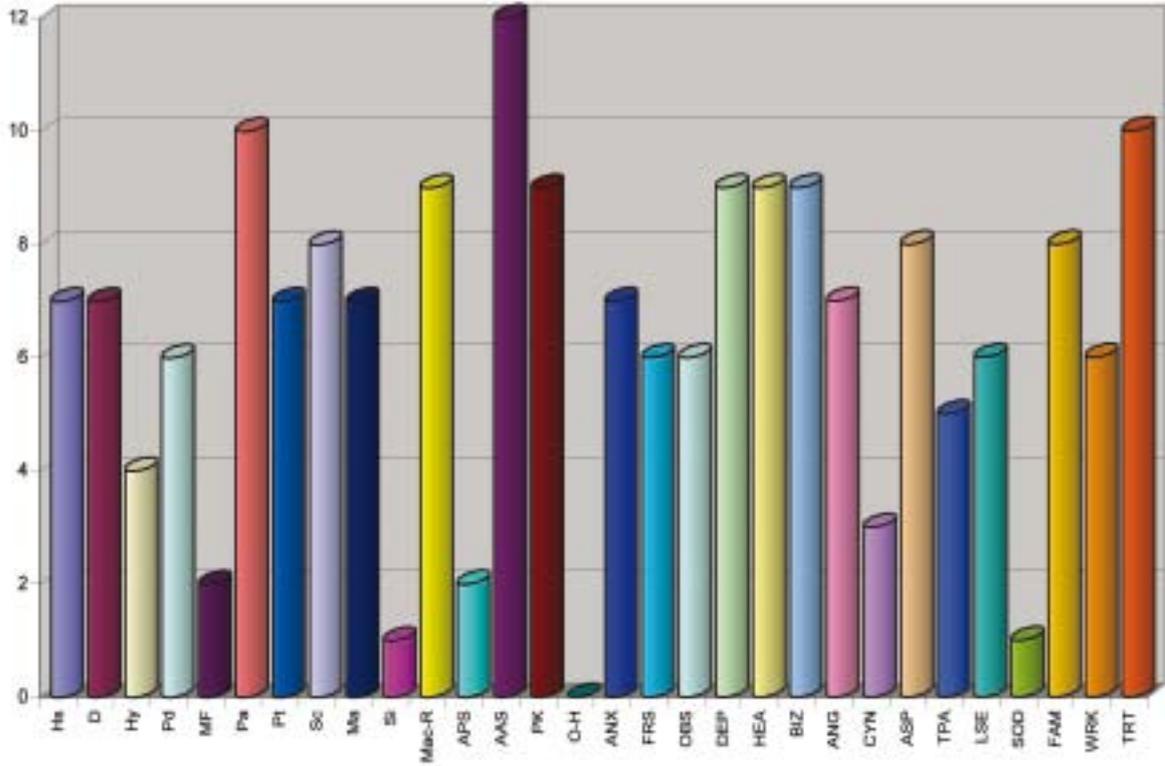


Fig. 11 - Gruppo 2

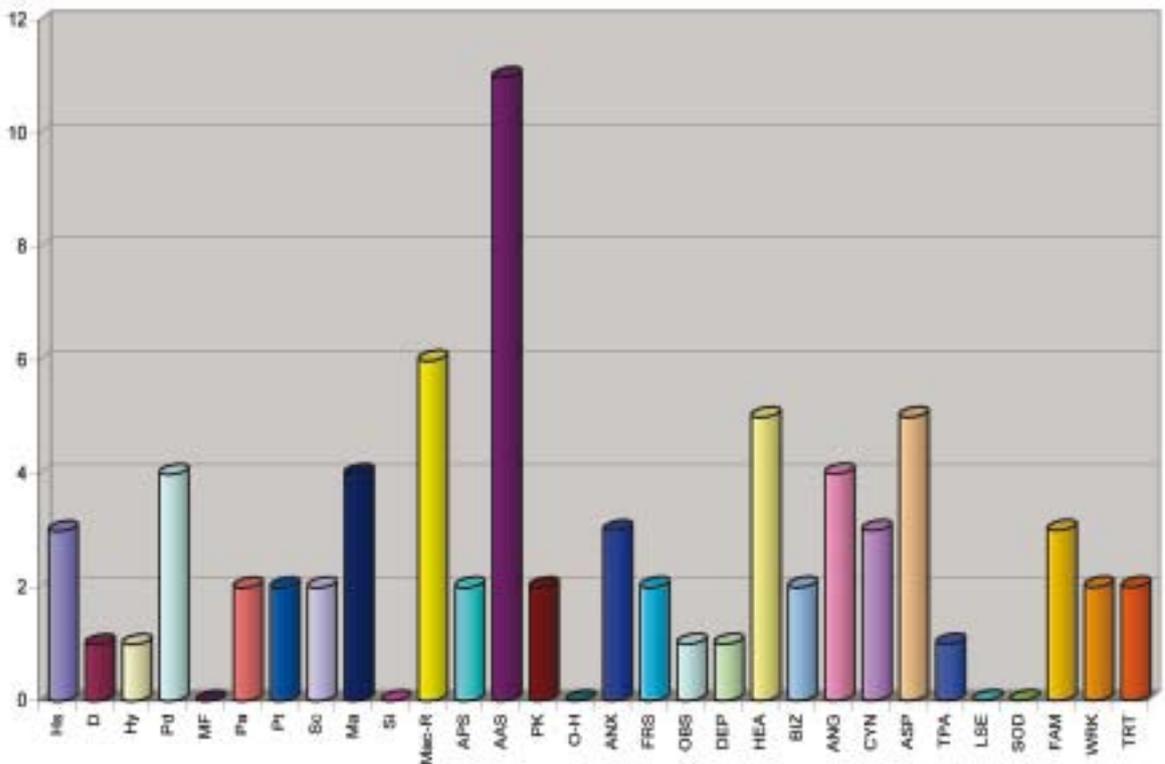
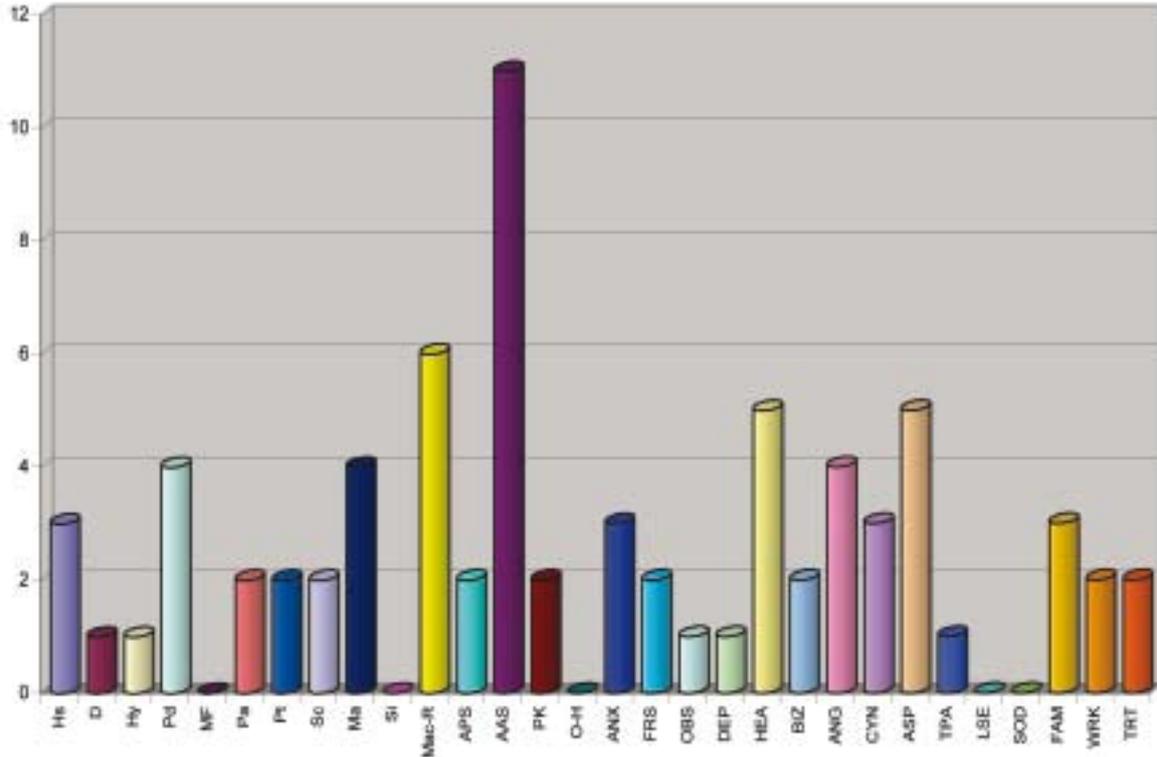


Fig. 12 - Gruppo 3



infine, nel terzo gruppo (fig. 12):

- 11 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi \geq a 65 nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 6 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi \geq a 65 nella Scala Mac-R (scala Mac Andrew di alcolismo rivista).

In base ai risultati della *BRMES* (fig. 13) e della *BRMAS* (fig. 14) si evince che nell'intero campione vi è stato un

generale miglioramento sia negli aspetti depressivi (da un punteggio medio di 10,3 al T_0 si è passati ad un valore medio di 6,4 al T_3), sia in quelli maniacali (da un punteggio medio di 6,7 al T_0 si è passati ad un valore medio di 4,6 al T_3).

In particolare nel primo gruppo (figg. 15 e 16), al quale è stata somministrata l'associazione metadone cloridrato e olanzapina, tale miglioramento è stato più marcato.

Fig. 13 - Melancholia Scale - Punteggio totale

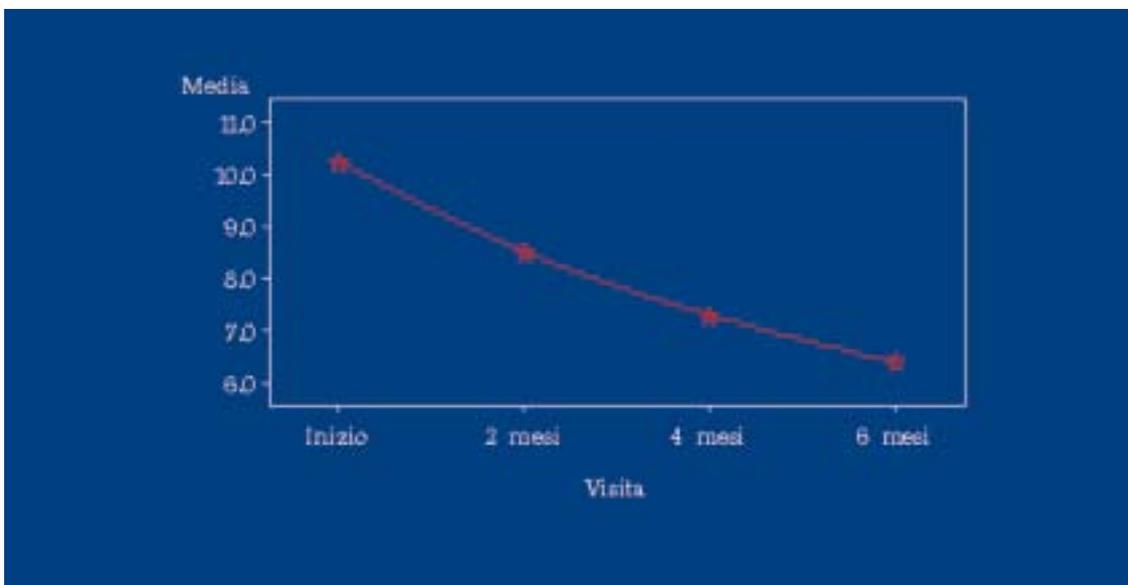


Fig. 14 - Mania Scale - Punteggio totale

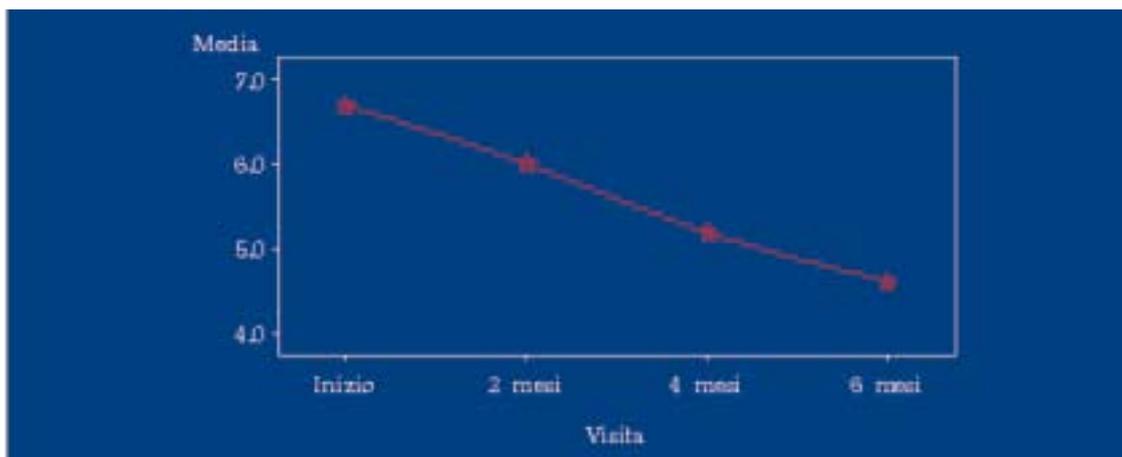


Fig. 15 - Melancholia Scale - Punteggio totale - TERAPIA

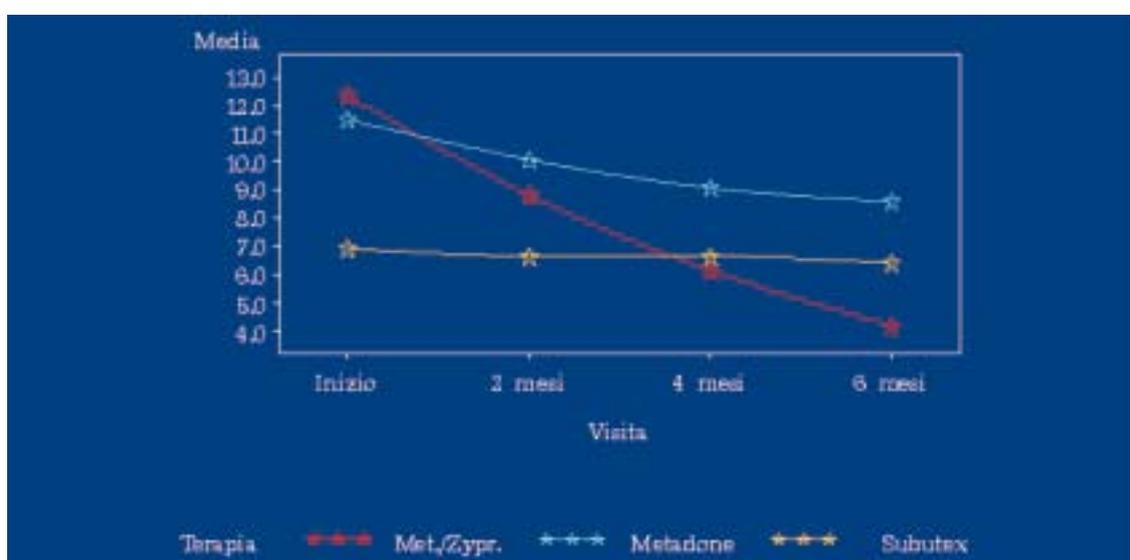
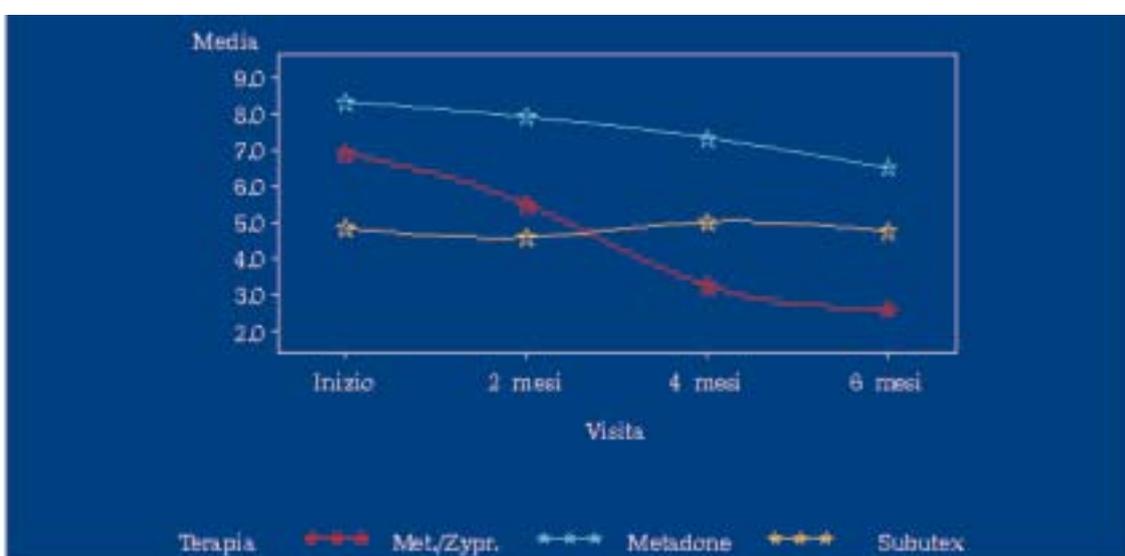


Fig. 16 - Mania Scale - Punteggio totale - TERAPIA



Analisi statistica

I punteggi totali ottenuti con la BMRES dopo il tempo iniziale T_0 , già al tempo T_1 mostrano una differenza statisticamente significativa ($p=0,006$) e nel tempo globale, 6 mesi, l'analisi della varianza (ANOVA) dimostra una variazione statisticamente significativa $p=0,0012$.

Per quanto attiene ai punteggi dei vari item della scala BRMES si evidenziano differenze statisticamente significative già a 2 mesi, cioè al tempo di valutazione T_1 , per l'ansia ($p=0,0104$), l'umore depresso ($p=0,0016$), i disturbi del sonno ($p=0,0063$), il lavoro e gli interessi ($p=0,0104$).

Al tempo di valutazione T_3 (6 mesi) mostrano una differenza significativa gli item: attività motoria ($p=0,0318$), attività verbale ($p=0,0104$), rallentamento ($p=0,0029$), ansia ($p<0,0001$), umore depresso ($p=0,0005$), ritiro emotivo ($p=0,0187$), disturbi del sonno ($p=0,0027$), stanchezza e dolori ($p=0,0031$), lavoro e interessi ($p=0,0015$).

Dal confronto fra i tre gruppi di pazienti al tempo iniziale T_0 si nota come i pazienti che assumono buprenorfina sono meno gravi di quelli che assumono metadone cloridrato e metadone cloridrato associato a Zyprexa.

Con l'analisi della varianza per misurazioni ripetute abbiamo osservato le variazioni nel tempo dei punteggi totali dei pazienti rispetto ai punteggi al tempo T_0 (Univariate Tests of Hypotheses for Within Subject Effects), si è evidenziata una variazione statisticamente significativa nelle visite di controllo ($p<0,0001$).

L'interazione significativa ($p<0,0001$) per visite*trattamento mette in evidenza un diverso comportamento dei trattamenti e in particolare i confronti (contrast) Metadone+Zyprexa (differenza a 6 mesi = $-8,17$) verso Metadone (differenza a 6 mesi = $-2,92$ $p<0,0001$) e buprenorfina (differenza a 6 mesi = $-0,5$ $p<0,0001$) mostrano un comportamento statisticamente diverso per Metadone+Zyprexa.

Il confronto Metadone verso buprenorfina non è significativo ($p=0,1018$).

Un dato interessante e degno di rilievo è la migliore risposta dei pazienti in trattamento con Metadone+Zyprexa rispetto a quelli in trattamento con solo il Metadone.

Analizzando le risposte della BRMES come standardizzazione dei punteggi totali, si evidenzia una variazione nelle visite, che è statisticamente significativa ($p=0,0205$), delle frequenze dei punteggi standardizzati, variazione sovrapponibile a quella evidenziata con l'analisi della varianza. Il chi-square mostra una variazione delle frequenze statisticamente significativa per il gruppo 1 e non per gli altri due gruppi.

I punteggi totali ottenuti con la BRMAS dopo il tempo iniziale T_0 già al tempo T_1 mostrano una differenza statisticamente significativa ($p=0,0164$) e nel tempo globale, 6 mesi, l'analisi della varianza (ANOVA) dimostra una variazione statisticamente significativa ($p<0,0001$).

Per quanto attiene ai punteggi dei vari item della scala BRMAS si evidenziano differenze statisticamente significative già a 2 mesi, cioè al tempo di valutazione T_1 per l'item ostilità/distruttività ($p=0,0063$); si segnala una variazione dei punteggi significativa nell'arco dei 6 mesi per gli item: attività motoria, fuga delle idee, sonno e lavoro.

Al tempo iniziale non ci sono differenze di gravità fra i gruppi di pazienti attribuiti ai vari trattamenti.

Con l'analisi della varianza per misurazioni ripetute abbiamo osservato le variazioni nel tempo dei punteggi totali dei pazienti rispetto ai punteggi al tempo T_0 (Univariate Tests of Hypotheses for Within Subject Effects) e si è evidenziata una variazione statisticamente significativa nelle visite ($p<0,0001$).

L'interazione significativa ($p<0,0001$) visite*trattamento mette in evidenza un diverso comportamento dei trattamenti e in particolare i confronti (contrast) Metadone+Zyprexa (differenza a 6 mesi = $-4,33$) verso Metadone (differenza a 6 mesi = $-1,83$ $p<0,0012$) e buprenorfina (differenza a 6 mesi = $-0,5$ $p<0,0001$) mostrano un comportamento statisticamente diverso per Metadone+Zyprexa.

Il confronto Metadone verso buprenorfina non è significativo ($p=0,0068$).

Analizzando le risposte della BRMAS come standardizzazione dei punteggi totali, non si evidenziano variazioni statisticamente significative.

Conclusioni e prospettive

In Asse I il maggior numero di pazienti del nostro campione manifesta una sintomatologia psichiatrica sottosoglia nell'ambito dello spettro bipolare, e in Asse II un gruppo significativo di pazienti presenta disturbi di personalità del cluster B.

La dipendenza da un comportamento, in questo caso di assunzione di una sostanza, in genere è correlata ad un deficit di autostima, ad un'elevata impulsività, ad una ricerca di forti sensazioni.

Sono persone che fanno fatica ad aspettare, non tollerano il dolore sia fisico che mentale, preferiscono l'azione al pensiero, l'umore è labile.

Le deflessioni dell'umore possono spesso essere intollerabili per il quantum di sofferenza che comportano.

Piccoli contrattempi quotidiani diventano il motore di reazioni rabbiose.

L'assenza è coniugata alla colpa e questa, con frequenza, scissa e proiettata. Non sempre questi quadri sintomatologici hanno tutti i criteri necessari per una diagnosi con il DSM-IV, ma sicuramente necessitano di cure.

In questo studio abbiamo voluto verificare la possibilità di dare una risposta al bisogno di contenimento di reazioni d'ansia, di spunti interpretativi e proiettivi, di variazioni dell'umore incontrollate e imprevedibili di questi soggetti.

Abbiamo pensato di utilizzare nello studio l'olanzapina in quanto farmaco sia antipsicotico sia stabilizzatore dell'umore.

Abbiamo rilevato un miglioramento della sintomatologia depressiva alla BRMES e, in modo più evidente, quella riferibile all'unico caso di mania.

Se osserviamo i vari item della BRMES e della BRMAS, questi ci forniscono un quadro di disturbi che indicano un'alterazione del rapporto tra l'io e il corpo e tra l'io e il mondo, suggestivo di una deflessione del tono dell'umore che non necessariamente porta ad un quadro conclamato di depressione maggiore o di mania, ma sicuramente conduce ad un deterioramento della qualità di vita e al conseguente impulsivo tentativo di recupero attraverso la sostanza. Verosimilmente l'olanzapina ha avuto, in questi casi, un effetto di "stabilizzare l'instabilità".

Ci sono evidenze nella letteratura internazionale (Littrell, 2001; Hutchinson, 2001; Longo, 2002; Sattar, 2003) che l'olanzapina sia efficace nel ridurre il craving per le sostanze d'abuso e questo potrebbe essere un ulteriore fattore di protezione.

Ci proponiamo di approfondire questo aspetto in ulteriori studi.

Nel nostro campione la compliance dei pazienti è stata buona (tutti hanno terminato lo studio a sei mesi).

L'effetto collaterale più disturbante è stato l'aumento di peso, mentre non ci sono state significative alterazioni metaboliche.

In particolare, due soggetti hanno presentato reazioni di difficile accettazione della variazione del peso corporeo e una certa riluttanza a mettere in atto strategie di prevenzione. I vantaggi ottenuti dalla terapia hanno rappresentato un fattore di protezione della compliance, ma nel lungo periodo (dopo i sei mesi) riteniamo che le difficoltà derivanti dalla variazione del peso possano aumentare.

Ha trovato conferma l'ipotesi che la terapia con buprenorfina sia prescritta a soggetti meno gravi.

Infatti i pazienti che assumevano buprenorfina erano più giovani, più istruiti e con un quadro psicopatologico assente o lieve.

La negativizzazione delle urine a sei mesi nell'intero campione fa supporre che l'accudimento e il monitoraggio costante di questi soggetti, il maggiore interesse manifestato dall'equipe curante nei confronti dei pazienti e la maggiore condivisione tra gli operatori scaturita dallo studio, siano fattori importanti per l'aumento della motivazione verso gli obiettivi terapeutici.

Questa osservazione, che andrà confermata da ulteriori studi, risulta particolarmente importante in un periodo storico in cui i pazienti che afferiscono ai servizi per le dipendenze patologiche sono in costante aumento, le risorse stabili e pertanto il tempo che gli operatori riescono a dedicare a ciascun paziente viene progressivamente eroso.

Siamo consapevoli che i risultati ottenuti in questo studio osservazionale andrebbero verificati con un campione più ampio, con un follow-up più prolungato e con la valutazione di ulteriori item (ad esempio craving, screening metabolico, qualità di vita e soddisfazione degli operatori), ma forse il merito del nostro studio è quello di offrire un certo numero di stimoli per continuare.

Bibliografia

- Albanese M.J., Pies R., "The bipolar patient with comorbid substance use disorder", *Recognition and management, CNS Drugs* 2004, 18:586-596.
- Bano M.D., Micò J.A., Agujetas M., Lopez M.L., Guillen J.L., "Eficacia del antipsicotico olanzapina en el tratamiento del abuso de cocaína en pacientes en mantenimiento con metadona. Interracción en los niveles plasmáticos", *Actas Esp Psiquiatr*, 2001, 29(4):215-220.
- Berk M., Brook S., Trandafir A.I., "A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial", *Int Cl Psychopharmacology*, 1999, 14:177-180.
- Brown E.S., Jeffress J., Liggin J.D., Garza M., Beard L., "Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole", *J Clin Psychiatry*, 2005, 66:756-760.

- Brown E.S., Nejtek V.A., Perantie D.C., Bobadilla L., "Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence", *Bipolar Disord*, 2002, 4:406-11.
- Chaudhry H.R. et al., "The comparative effects of olanzapine and chlorpromazine in the detoxification of heroin dependents", *Eur Neuropsychopharmacology*, 2002, suppl. 3: S390.
- De Leon G., "Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community", *J Psychoactive Drugs*, 1989, 21:177-188.
- Di Petta G., "Tossicomania e psicopatologia: la presa in carico integrata nell'UO di Doppia Diagnosi", *Mission*, 2005, 13:13-17.
- Grabowski J., Rhoades H., Silverman P., Schitz J.M., Stotts A., Creson D., Bailey R., "Risperidone for the treatment of cocaine dependence: a randomized, double-blind trial", *J Cl Psychopharmacology*, 2000, 20(3):305-310.
- Green A.I., Burgess E.S., Dawson R., Zimmet S.V., Strous R.D., "Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone", *Schizophr Res*, 2003, 60:81-85.
- Green A.I., "Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics", *J Clin Psychiatry*, 2005, 66 (suppl. 6):21-26.
- Hutchison K.E., Rutter M.C., Niaura R., Swift R.M., Pickworth W.B., Sobick L., "Olanzapine attenuates cue-elicited craving for tobacco", *Psychopharmacology*, 2004, 175:407-413.
- Hutchison K.E., Swift R., Rohsenow D., Monti P.M., Davidson D., Almeida A., "Olanzapine reduces urge to drink after drinking cues and a priming dose of alcohol", *Psychopharmacology*, 2001, 155:27-34.
- Kampman K.M., Pettinati H., Lynch K.G., Sparkman T., O'Brien C., "A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence", *Drug Alcohol Dependence*, 2003, 70:265-273.
- Littrell K., Petty R., Hilligoss N.M., Peabody C.D., Johnson C., "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and substance abuse", *J Substance Abuse Treatment*, 2001, 21:217-221.
- Longo L.P., "Olanzapine for cocaine craving and relapse prevention in 2 patients", *J Clin Psychiatry*, 2002, 63:595-596.
- MacCabe J.H., Marks I.M., Murray R., "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and cocaine abuse", *J Clin Psychiatry*, 2002, 63:12.
- Meil W.M., Schechter M.D., "Olanzapine attenuates the reinforcing effects of cocaine", *Eur J Pharmacology*, 1997, 340:17-26.
- Noordsy D.L., Green A.I., "Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders", *Curr Psychiatry Rep*, 2003, 5:340-346.
- Potvin S., Stip E., Roy J.Y., "Clozapine, quetiapine and olanzapine among addicted schizophrenic patients: towards testable hypotheses", *Int Cl Psychopharmacology*, 2003, 18:121-132.
- Sattar S.P., Bhatia S., "Olanzapine for cocaine cravings and relapse prevention", *Int Cl Psychopharmacology*, 2003, 64:8.
- Sattar S.P., Grant K., Bhatia S., Petty F., "Potential use of olanzapine in treatment of substance dependence disorders", *J Cl Psychopharmacology*, 2003, 23:413-415.
- Sayers S.L., Campbell E.C., Kondrich J., Mann S.C., Cornish J., O'Brien C., Caroff S.N., "Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol", *J Nerv Ment Dis*, 2005, 193:379-386.
- Smelson D.A., Losonczy M.F., Davis C., Kaune M., Williams J., Ziedonis D., "Risperidone decrease craving and relapse in individuals with schizophrenia and cocaine dependence", *Can J Psychiatry*, 2002, 47:671-675.
- Solomon J., "Doppia diagnosi", *Personalità/dipendenze*, 1996, 2:279-289.
- Tsuang J., Eckman T., Marder S., Tucker D., "Can risperidone reduce cocaine use in substance abusing schizophrenic patients?", *Journal Clinical Psychopharmacology*, 2002, 22:629-630.
- Zimmet S.V., Strous R.D., Burgess E.S., Kohnstamm S., Green A.I., "Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey", *J Clin Psychopharmacol*, 2000, 20:94-98.

Determinazione della buprenorfina e suoi metaboliti in campioni biologici

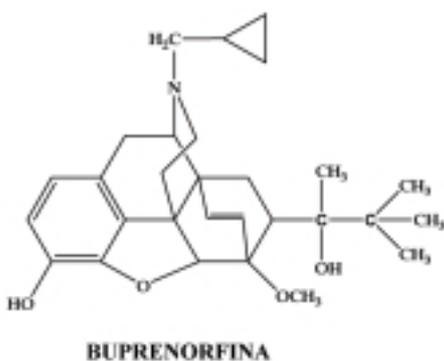
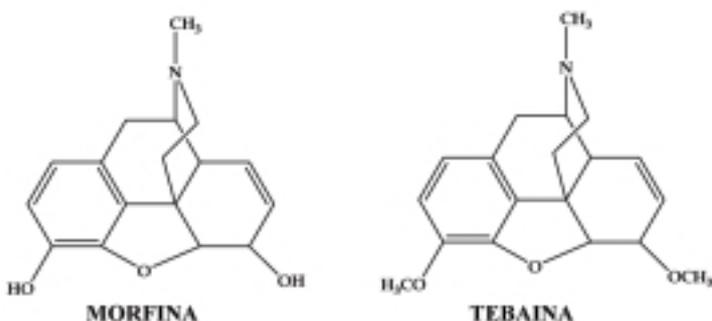
Tests rapidi, ELISA e RIA a confronto

Immacolata Amoroso*, Daniela Giardiello*, Maria Concetta Visconti**, Luigi Vrenna*

Introduzione

La buprenorfina è un derivato semisintetico della tebaina (alcaloide dell'oppio) ottenuto chimicamente con l'introduzione di un gruppo ciclopropilico in posizione 17 e un gruppo 1-idrossi-1,2,2-trimetil-propile in posizione 7.

La sua formula di struttura mostra analogie sia con la morfina che con la tebaina le cui strutture sono di seguito riportate:



La buprenorfina è un analgesico che di recente è contemplato tra i farmaci usati dalle UU.OO. Ser.T. per il trattamento farmacologico nella dismissione degli oppiacei.

Il prodotto è venduto sotto il nome commerciale di Subutex, Buprenex, Suboxone e Temgesic.

La buprenorfina, definita agonista-antagonista degli oppioidi per le sue proprietà farmacologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche, è utilizzata nei programmi di disassuefazione dagli oppiacei e presenta le seguenti caratteristiche:

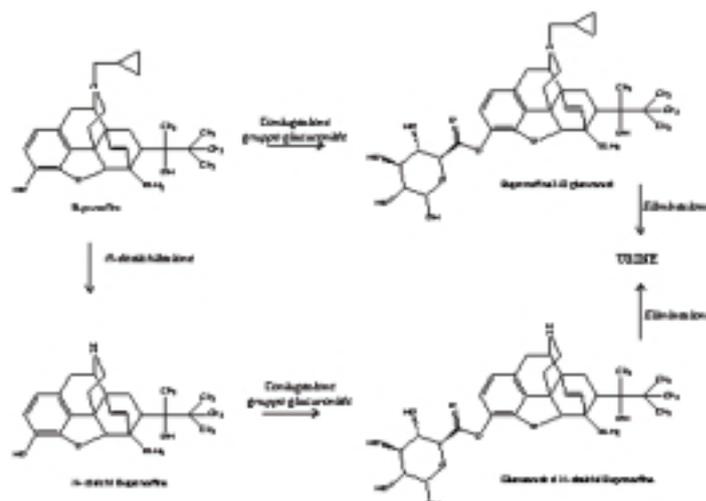
1. previene l'astinenza in individui fortemente dipendenti;
2. riduce in tempi brevi il danno indotto dal consumo di sostanze di natura oppiacee;

3. non induce assuefazione ed è ben tollerata;
4. ha un'emivita biologica di 2-5 ore;
5. a dosi opportune riduce o elimina il *craving* per l'elevata affinità verso i recettori μ degli oppioidi;
6. in pazienti non dipendenti da oppiacei ha effetto analgesico 20-40 volte superiore alla morfina;
7. somministrata per via sublinguale il suo agonismo parziale per i recettori μ è responsabile di un "effetto soffitta" o "effetto tetto" (pur aumentando la dose, gli effetti degli oppioidi non aumentano oltre un determinato livello);
8. è un farmaco che, sia per l'affinità agonista parziale per i recettori μ degli oppioidi che per l'attività antagonista nei confronti dei recettori κ , può essere impiegato nel mantenimento farmacologico;
9. è una molecola altamente lipofila per cui viene immagazzinata nei tessuti adiposi e poi lentamente rilasciata (la lunga fase di eliminazione avviene tramite le vie biliari);
10. mostra un'elevata affinità per le α e β -globuline con cui si lega.

Dopo somministrazione circa il 70-90% della buprenorfina è escreto nelle feci, mentre la restante percentuale si ritrova nelle urine sotto forma di metaboliti.

Il suo metabolismo avviene mediante due processi principali: la N-dealchilazione e la formazione di glucuronati in posizione "3".

Il metabolita principale è la norbuprenorfina ottenuto mediante N-demetilazione nel fegato ad opera del sistema enzimatico (P450) del citocromo CYP3A4; sia la buprenorfina che la Norbuprenorfina sono poi soggette alla coniugazione con il gruppo glucuronide secondo lo schema qui riportato:



* Polo Laboratoristico Tossicologico di Riferimento Territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie Correlate ASL Napoli 1.

** Ser.T. di Siracusa ASL 8.

Esistono alcuni farmaci che interagiscono col sistema enzimatico durante il trattamento farmacologico e si comportano sia da inibitori enzimatici (rallentano il metabolismo), che da induttori enzimatici (accelerano il metabolismo) modificando gli effetti attesi dalla somministrazione del farmaco.

Presso il Polo Tossicologico di riferimento territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie correlate dell'ASL Napoli 1 è stato effettuato uno studio di valutazione di alcuni tests rapidi e tests immunochimici per determinarne le *performances* in termini di sensibilità, specificità e accuratezza.

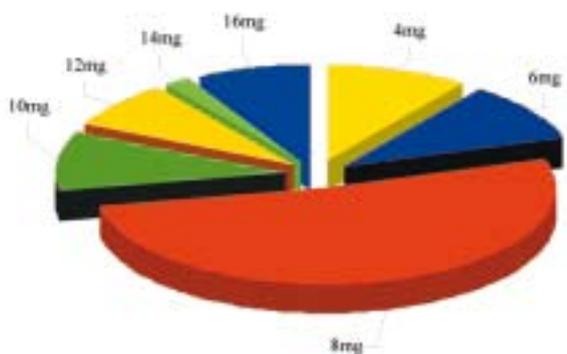
Accertata la stretta osservanza della catena di custodia per i campioni biologici (raccolta, conservazione, custodia e trasporto) sono stati utilizzati per tale studio campioni urinari provenienti sia dall'area metropolitana dell'ASL Napoli 1 che dal Ser.T. di Siracusa ASL 8.

Il protocollo ha previsto 5 fasi di lavoro:

1. individuazione del personale;
2. selezione dei soggetti in trattamento;
3. raccolta campioni;
4. analisi campioni urinari;
5. relazione finale.

Dei 4000 campioni urinari di soggetti a cui sono state somministrate quantità variabili di buprenorfina (fig. 1), ne sono stati selezionati 100 sottoposti a diversi metodi di *screening* (Tests rapidi, ELISA e RIA) e successivamente ad un metodo di riferimento (sistema multicolonna REMEDI-HS).

Fig. 1 - Diagramma quantità in mg di buprenorfina



Materiali e metodi

La determinazione analitica della buprenorfina come screening di massa fino all'anno 2003 è stata appannaggio dei soli laboratori aventi una sezione RIA "Development of a radioimmunoassay for the determination of buprenorphine in biological samples", *Analyst*, 1993, 118, 137-143.

Infatti, l'unico Kit commercializzato per tale analita era fornito dalla ditta DPC che utilizzava lo I^{125} come tracciante radioisotopico.

Nei laboratori ad alta specializzazione si utilizza la tecnica HPLC "High Pressure Liquid Chromatography", "Analysis of buprenorphine in urine specimen", *J. Forensic Sci.*, 1992, 37, 82 o la cromatografia su strato sottile "Determination of buprenorphine and its N-dealkylated metabolite in urine by TLC densitometry", *Ind. J. Pharmacol.*, 1994, 26, 288-91 o la gascromatografia con spettrometria di massa "Subnanogram-concentration measurement of buprenorphine in human plasma by electron-capture capillary gas chromatography: application

to pharmacokinetics of sublingual buprenorphine", *Clin. Chem.*, 1997, 2292-2302, "Determination of buprenorphine and norbuprenorphine in urine and hair by gas chromatography-mass spectroscopy", *J. Anal. Toxicol.*, 1999, 23, 270-9. Il crescente impiego della buprenorfina come farmaco nei programmi clinici e terapeutici delle sostanze d'abuso ha reso necessaria un'alternativa analitica alle tecniche sopra menzionate.

Tra le tecniche di screening oggi trovano largo consenso l'ELISA in micropietra completamente automatica e i tests rapidi qualitativi, per cui sia i laboratori ad alta che a bassa produttività sono in grado di rispondere alle esigenze delle UU.OO. territoriali.

Al fine di valutare la qualità analitica dei Kit commercializzati è necessario verificarne la sensibilità, specificità, predittività, accuratezza ed affidabilità utilizzando un metodo di riferimento.

ELISA

Per la tecnica ELISA eseguita su analizzatore *Coda-Analyzer* è stato utilizzato il kit di **IDS One-Step ELISA** (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), un saggio immunochimico in fase solida, progettato per la determinazione della buprenorfina in micropietra, i cui pozzetti sono rivestiti con anticorpo ad elevata affinità per tale sostanza.

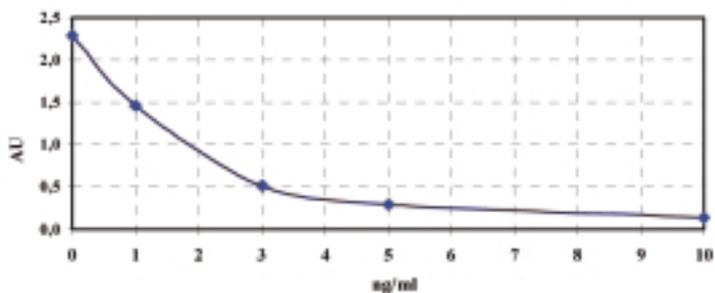
Il campione è aggiunto ai pozzetti insieme ad un coniugato enzimatico, il quale durante il periodo successivo di incubazione compete per i siti di legame con il farmaco presente nel campione in esame.

Dopo una fase di lavaggio, utile per allontanare il materiale non legato, viene addizionata una soluzione di monosubstrato per lo sviluppo cromatico e una soluzione d'arresto per bloccare la reazione.

L'intensità del colore sviluppato è inversamente proporzionale alla quantità di farmaco presente: i campioni positivi, inibendo il legame del coniugato enzimatico con l'anticorpo, risultano meno colorati.

La curva di calibrazione è stata ottenuta utilizzando standards di urina umana, contenenti buprenorfina e metaboliti in concentrazioni pari a 0-1-3-5 e 10 ng/ml (fig. 2).

Fig. 2 - Curva calibrazione metodo IDS one step ELISA



RIA

Il dosaggio DPC per la buprenorfina è un dosaggio radioimmunologico (utilizzato dal Polo Tossicologico ASL Napoli 1 sino al 2003) nel quale la buprenorfina marcata con I^{125} com-

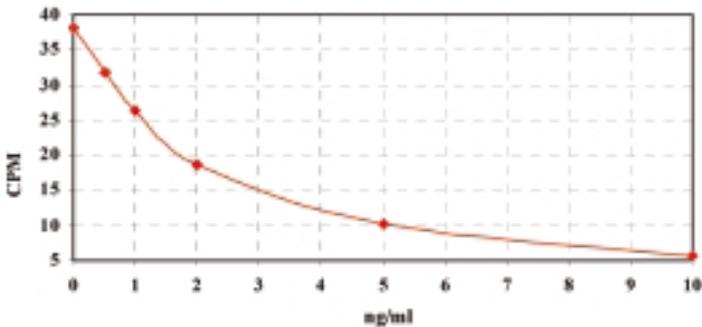
pete con quella presente nel campione per un numero limitato di siti anticorpali.

Dopo l'incubazione di un'ora, la frazione libera viene separata da quella legata con l'aggiunta di un doppio anticorpo, una soluzione PEG e successiva centrifugazione.

La curva di calibrazione è stata ottenuta riportando i colpi per minuto (CPM) in funzione delle concentrazioni (ng/ml) dei sei calibratori utilizzati, pari a 0-0,5-1-2-5 e 10 ng/ml.

Un tipico esempio è riportato in fig. 3.

Fig. 3 - Curva calibrazione metodo RIA



Tests rapidi

I tests rapidi (SP e DL) per l'individuazione della buprenorfina consistono in un metodo immuno-cromatografico, basato sulla competizione tra la buprenorfina e/o suoi metaboliti ed il coniugato immobilizzato su una membrana porosa.

Man mano che il campione migra, la buprenorfina libera, competendo con l'antigene coniugato, si lega al coniugato anticorpo-colorante.

Si forma un complesso antigene-anticorpo che impedisce la formazione della banda colorata quando la buprenorfina è presente ad una concentrazione superiore ai 10 ng/ml, oppure superiore ai 2,5 ng/ml, se si tratta di un suo metabolita.

Nel caso in cui la buprenorfina libera è al di sotto della concentrazione di rivelazione, il coniugato anticorpo-colorante, legandosi all'antigene, sviluppa una banda colorata che indica la negatività del campione in esame.

La corretta esecuzione del test è garantita dalla presenza di una zona di controllo presente sulla membrana.

Un campione negativo, quindi, produce due linee colorate distinte, una nella Zona Test (T) e l'altra nella Zona del Controllo (C), mentre, un campione positivo produce soltanto una linea colorata nella zona C (figg. 4 e 5).

Fig. 4 - Test rapidi SP di un campione positivo (a sinistra) e negativo (a destra)

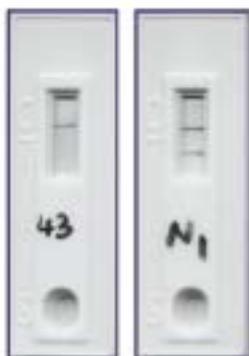


Fig. 5 - Test Rapidi DL di un campione positivo (a sinistra) e negativo (a destra)



Sistema REMEDI-HS

Il sistema multicolonna REMEDI-HS è stato utilizzato come metodo di riferimento.

Il sistema può riconoscere 920 sostanze di natura basica o debolmente acida, tra farmaci droghe d'abuso e loro metaboliti, basandosi sullo spettro d'assorbimento UV e sul loro tempo di ritenzione relativo a due standard interni: N-etil-Nordiazepam e Clorfenilamina.

Ogni corsa cromatografica dura circa 20 minuti.

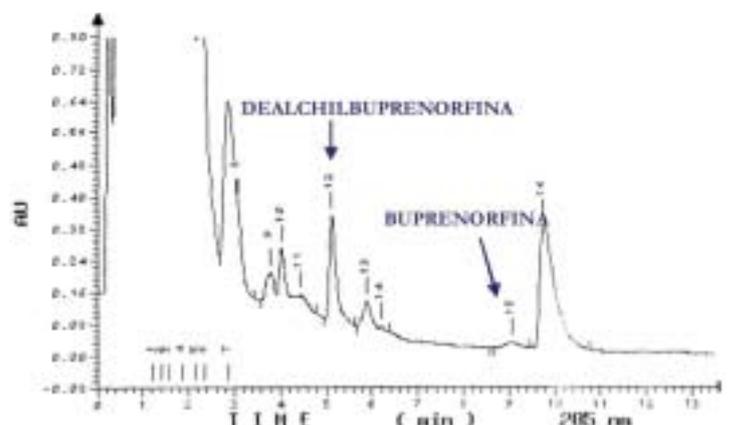
I metaboliti urinari sono in forma glucuronata per cui è necessario eseguire sui campioni urinari in esame l'idrolisi enzimatica (*glucuronidasi*) a 55 °C per 90 min di 1 ml di urina precedentemente centrifugata e portata a pH 5.

Successivamente il campione al quale vengono aggiunti 200 µl di una miscela combinata di due standard interni, viene centrifugato per 5 min a 4500 rpm e posto nell'autocampionatore per l'analisi cromatografica.

I campioni in cui vengono identificati i metaboliti della buprenorfina sono considerati positivi all'indagine.

Dal cromatogramma si osserva che il metabolita principale, Dealchilbuprenorfina o Norbuprenorfina, è identificato ad un tempo di ritenzione pari circa a 5,3 mentre la buprenorfina ad un tempo di ritenzione pari a 9,2 (fig. 6).

Fig. 6 - Cromatogramma di un campione positivo per il dosaggio della buprenorfina



Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita con il programma MedCalc. Sono stati calcolati i parametri: sensibilità (S.D), specificità (SP.D), predittività positiva (PP) e negativa (PN).

L'analisi della regressione è stata eseguita secondo Passing e Bablock particolarmente adatta al confronto tra due metodi indipendentemente dal metodo posto in ascissa.

Per i metodi ELISA e RIA sono state costruite le rispettive curve ROC ed il diagramma di Bland-Altman per valutarne il livello di attendibilità.

Per tutti i metodi infine è stato eseguito il test di McNemar per verificare se dal confronto con il metodo di riferimento esiste una differenza significativa.

Risultati

Una prima indagine qualitativa eseguita sui 100 campioni selezionati è stata condotta sui tests rapidi (SP e DL) posti a loro volta a confronto.

Un secondo confronto è stato eseguito tra le tecniche immunochimiche ELISA e RIA.

Per quest'ultime sono state effettuate prove di imprecisione intra ed inter serie eseguendo 10 misure ripetute dei rispettivi standards a concentrazione nota di 3 e 5 ng/ml.

I risultati della metodica ELISA sono riassunti nella tab. 1.

Tab. 1 - Imprecisione intra ed inter serie degli standards tecnica ELISA

IMPRECISIONE - IDS ONE STEP ELISA -							
Concentrazione ng/ml	INTRA-SERIE			Numero misure	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV%		MEDIA	SD	CV%
3	3.21	0.22	6.89	10	3.2	0.22	6.78
5	5.29	0.12	2.27	10	5.36	0.2	3.79

Riportando in grafico i dati sperimentali è possibile osservare la differenza che intercorre tra il valore della concentrazione sperimentale e quella teorica degli standards considerati, misurate sia nello stesso giorno per la prova intra-serie che in giorni diversi per la prova inter-serie (figg. 7 e 8).

Fig. 7 - ELISA - Curva Imprecisione Intra-serie

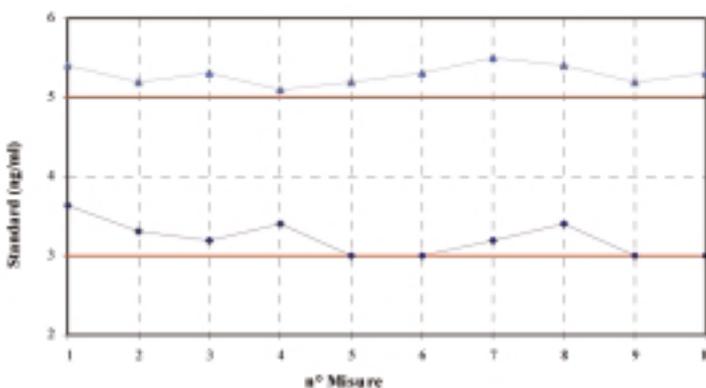
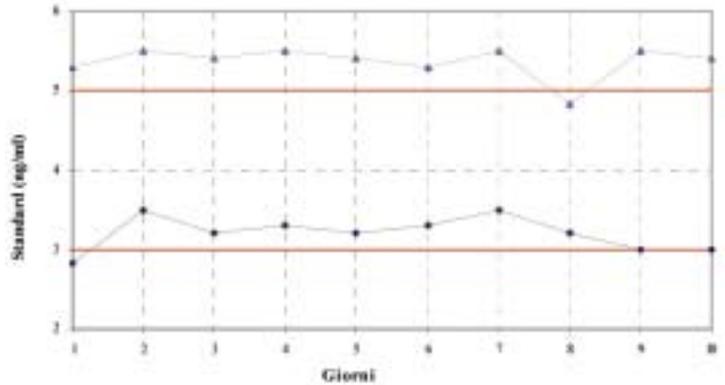


Fig. 8 - ELISA - Curva Imprecisione Inter-serie



Analogamente per la tecnica RIA i risultati ottenuti nelle prove di imprecisione sono riportati in tab. 2.

Tab. 2 - Imprecisione intra ed inter serie degli standards tecnica RIA

IMPRECISIONE - RIA							
Concentrazione ng/ml	INTRA-SERIE			Numero misure	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV%		MEDIA	SD	CV%
3	3.4	0.26	7.72	10	3.57	0.39	10.98
5	5.34	0.36	6.78	10	5.18	0.39	11.5

Nelle fig. 9 e 10 sono invece riportati gli andamenti delle misure effettuate: si osserva una maggiore differenza tra le concentrazioni teoriche e quelle sperimentali.

Fig. 9 - RIA - Curva Imprecisione Intra-serie

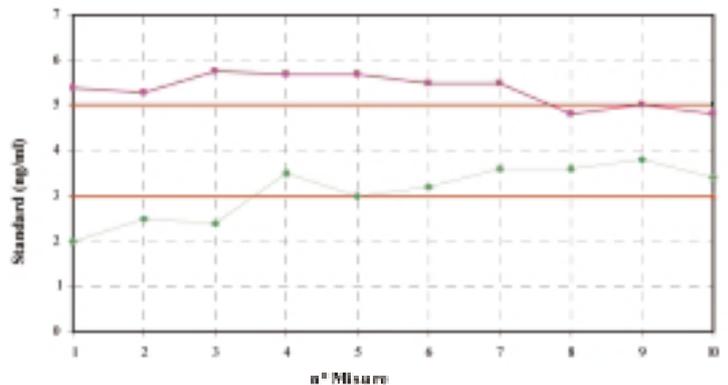
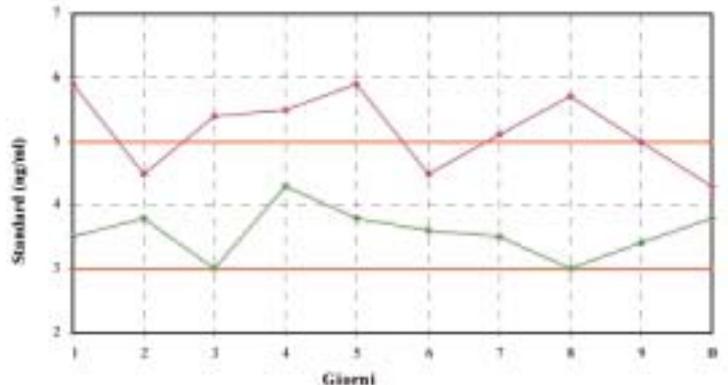
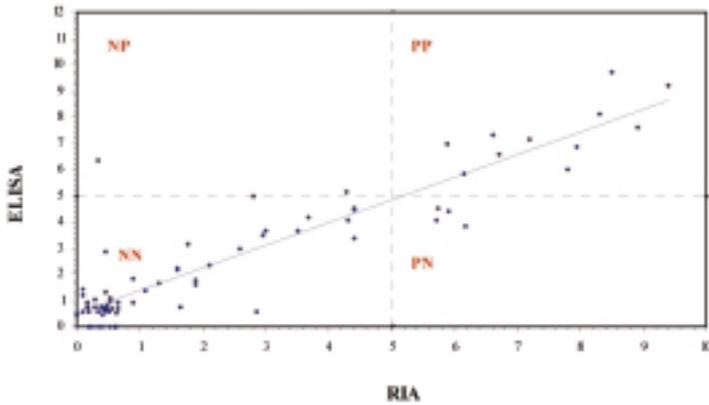


Fig. 10 - RIA - Curva Imprecisione Inter-serie



Infatti sono risultati migliori i valori del CV % calcolati per le prove eseguite con il metodo ELISA. Successivamente alle prove di imprecisione sono stati analizzati i 100 campioni selezionati e dai risultati analitici è stata costruita la retta di regressione secondo Passing e Bablock. Tra le due metodiche considerate si è osservata una correlazione pari all'84% (fig. 11).

Fig. 11 - Retta di regressione ELISA-RIA sui 100 campioni analizzati $y = 0,5067 + 0,861x$ $R^2 = 0,84$



Nel grafico sono riportate le rette relative ai rispettivi cut-off che dividono la figura in quattro quadranti.

Il quadrante in basso a sinistra contiene i dati con valori di buprenorfina negativi per entrambe le tecniche ed è identificato con NN; quello in basso a destra, invece, contiene i dati con valori positivi per la tecnica posta in ascissa, negativi per la tecnica posta in ordinata e viene identificato con PN.

Il quadrante in alto a sinistra contiene i dati con valori di buprenorfina negativi per la tecnica posta in ascissa, positivi per la tecnica posta in ordinata e viene identificato con NP. Infine il quadrante in alto a destra contiene i valori di buprenorfina positivi per entrambe le tecniche e viene identificato con PP.

Per quanto riguarda l'analisi ROC le aree delle curve sono risultate 0,90 per il dosaggio ELISA (fig. 12) (95% intervallo di confidenza 0,78-0,97) e 0,76 per il dosaggio RIA (fig. 13) (95% intervallo di confidenza 0,60-0,88).

Fig. 12 - Curva ROC metodo IDS one step ELISA

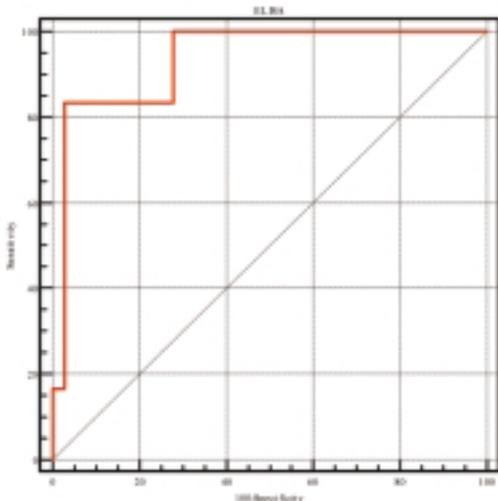
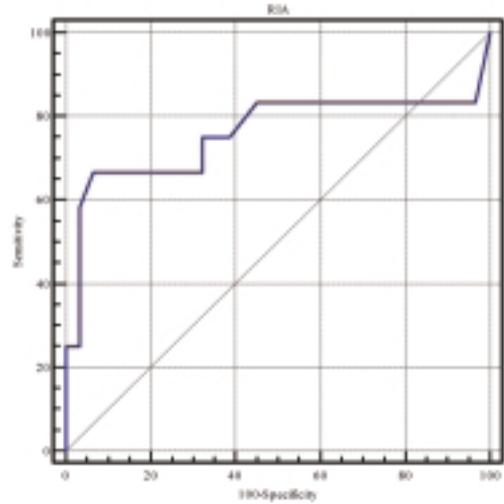


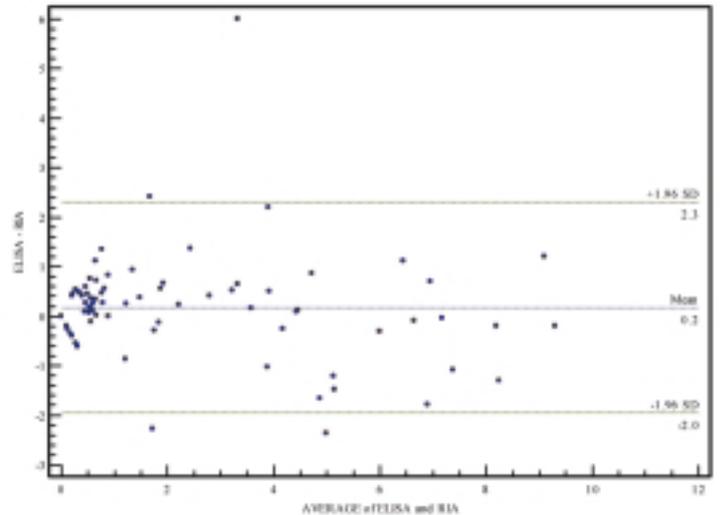
Fig. 13 - Curva ROC metodo RIA



Gli stessi dati sono stati trattati per costruire il diagramma di Bland-Altman (fig. 14).

I valori compresi nell'intervallo della media $\pm 1,96$ SD non sono clinicamente importanti ciò significa che i due metodi considerati sono intercambiabili.

Fig. 14 - Diagramma Bland-Altman ELISA-RIA



A questo punto per verificare l'affidabilità diagnostica sia dei tests rapidi che dei tests immunochimici i 100 campioni, precedentemente idrolizzati, sono stati analizzati con il metodo di riferimento (sistema REMEDI-HS) che ha permesso di distinguere i veri positivi (VP) dai falsi positivi (FP) e i veri negativi (VN) da quelli falsi negativi (FN).

Sono stati quindi calcolati, per ciascun metodo in esame, i parametri oggettivi e caratteristici di un metodo di qualità (tab. 3).

Dai dati riportati in tabella si osservano alte sensibilità e specificità per entrambi i metodi immunochimici e buone sensibilità per i tests rapidi.

Infine per eseguire il test di McNemar utile a rilevare se tra i metodi posti a confronto esiste una differenza significativa sono state costruite le rispettive tabelle di contingenza (tab. 4).

Tab. 3 - Parametri statistici

PARAMETRI	ELISA	RIA	TEST RAPIDI SP	TEST RAPIDI DL
VP	50	47	43	44
FP	4	1	20	18
VN	45	48	29	31
FN	1	4	8	7
SD %	98	92	84	86
SP.D %	92	98	59	63
PP %	92	98	68	71
PN %	98	92	78	82

Tab. 4 - Tabelle di contingenza

		REMEDi-HS	
		+	-
ELISA	+	50	4
	-	1	45

		REMEDi-HS	
		+	-
RIA	+	47	1
	-	4	48

		REMEDi-HS	
		+	-
SP	+	43	20
	-	8	29

		REMEDi-HS	
		+	-
DL	+	44	18
	-	7	31

Dai dati riportati nelle singole tabelle sono stati calcolati i valori del Chi Quadro (χ^2) con la correzione di Yates ed i rispettivi valori di p (tab. 5) i quali se inferiori allo 0,05 determinano una differenza significativa tra i metodi posti a confronto.

Tab. 5 - Valori Chi Quadro

	ELISA	RIA	Tests Rapidi SP	Tests Rapidi DL
χ^2	0,80	0,80	4,32	4,00
p	0,37	0,37	< 0,05	< 0,05

Dai calcoli effettuati infatti risulta che tra i tests rapidi ed il metodo di riferimento esiste una differenza statistica ($p < 0,05$), viceversa per i metodi immunochimici ($p > 0,05$). Calcolando infine la concordanza come rapporto tra la somma dei veri positivi e negativi ed il numero totale dei campioni analizzati abbiamo ottenuto una concordanza pari al 95% per il metodo ELISA, 90% per il dosaggio RIA, 72% per il test rapido SP e 75% per il test rapido DL.

Conclusioni

L'introduzione e l'utilizzo terapeutico della buprenorfina nelle UU.OO. Ser.T., la necessità di "affidarla" al paziente per il mantenimento farmacologico e la crescente richiesta dell'esame tossicologico per il controllo del contratto tera-

peutico nei programmi di riabilitazione, sono tutte esigenze che hanno sicuramente "allertato" i laboratori clinici tossicologici.

Questi devono disporre di tecniche efficienti, specifiche, rapide e semplici per soddisfare le numerose e diverse esigenze cliniche.

Oggi la determinazione analitica della buprenorfina in campioni biologici viene eseguita mediante tecniche immunoenzimatiche che si rilevano spesso sufficienti per l'importanza dell'immediatezza nella valutazione clinica e per favorire un più rapido inquadramento della condizione del paziente.

Oltre la immediatezza dei dati analitici, un altro importante parametro è l'efficacia delle metodiche utilizzate infatti, il perfezionamento delle tecniche analitiche rappresenta una tappa fondamentale per il miglioramento della qualità in campo laboratoristico.

Il nostro scopo è stato quello di valutare l'affidabilità di tests analitici qualitativi quali tests rapidi e tests immunochimici su un campione di 100 soggetti in trattamento.

Per lo studio svolto abbiamo considerato il livello soglia (cut-off) pari a 5 ng/ml fornito dalla ditta produttrice dei kit immunochimici utilizzati, ma attualmente stiamo eseguendo ulteriori indagini per confermare o stabilire un nuovo cut-off di lavoro sulla popolazione da noi afferente.

Per quanto riguarda i tests rapidi utili per i Pronto Soccorso e per le urgenze/emergenze in sede alle UU.OO. Ser.T., quelli DL hanno presentato caratteristiche migliori rispetto a quelli SP di seguito elencate:

1. rapidità di migrazione del campione;
2. maggior nitidezza delle bande colorate;
3. assenza di trascinamento.

Per le tecniche immunochimiche invece l'ELISA ha presentato una maggiore concordanza con il metodo di riferimento e soprattutto presenta rispetto al RIA i seguenti vantaggi:

1. completa automazione;
2. rapidità di analisi;
3. non soggetta a particolari normative;
4. può essere introdotta nei laboratori sia ad alta che a bassa produttività;
5. è utilizzabile anche sul siero.

Di contro la tecnica RIA presenta:

1. elevata manualità;
2. tempi di analisi lunghi;
3. necessità di un settore specialistico autorizzato e adeguamento normativo;
4. necessità di personale esperto e protetto da normative.

In questo lavoro i pochi metodi di *screening* confrontati seppur presentano i limiti descritti hanno dimostrato comunque una loro efficacia e la scelta di un metodo rispetto ad un altro è stata fatta in base alle finalità dell'analisi.

Si rende noto che i falsi positivi riscontrati per tutte le metodiche considerate, sono stati determinati dalla presenza di sostanze quali amitriptilina (antidepressivo triciclico) individuata mediante il sistema di riferimento.

Dalle diverse prove effettuate e dai risultati ottenuti possiamo concludere che la tecnica ELISA è risultata la tecnica analitica più idonea per lo *screening* di massa della buprenorfina in campioni urinari.

Bibliografia

- Hawks R.L., "Analytical Methodology", in Hawks R.L., Chiang C.N., eds., "Urine testing for drugs of abuse", *NIDA Research Monograph*, 1986, 73:30-41.
- Baselt R.C., *Disposition of toxic drugs and chemicals in man*, 51^a ed. Chemical Toxicology Institute, Forster City, CA, 2000, pp. 93-4.
- Cirimele V., Kintz P., Lohner S., Ludes B., "Enzyme Immunoassay Validation for the Detection of Buprenorphine in Urine", *J Anal Toxicol*, 2003, 27:103-5.
- Fisher G., Gombas W., Eder H., Jagsch R., Petemel A., Stuhlinger G., Pezawas L., Aschauer H.N., Kasper S., "Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence", *Addiction*, 1999, 94:1337-47.
- Strain E.C., Stolier K., Walsh S.L., Bigelow G.E., "Effects of Buprenorphine versus buprenorphine/naloxone tablets in non-dependent opioid abusers", *Psychopharmacology (Berl)*, 2000, Mar, 148 (4): 374-83.

- Opioid drugs in maintenance and detoxification treatment of opiate addiction; addiction of buprenorphine and buprenorphine combination to list of approved opioid treatment medications. Interim final rule. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAHMSA), Department of Health and Human Services. Fed Regist 2003 maggio 22, 68 (99):27937-9.*
- Tracqui A., Kintz P., Ludes B., "Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France: a report on 20 fatalities", *J Anal Toxicol*, 1998, 27:430-4.
- Kronstad R., Selden T., Josefsen M., "Analysis of buprenorphine, norbuprenorphine and their glucuronides in urine by liquid chromatography", *J Anal Toxicol*, 2003, 27:464-70.
- Henderson D., Friedman S.B., Harris J.D. et al., "CEDIA, A new homogenous immunoassay system", *Clin Chem*, 1986, 32 (9):1637-41.
- Forensic J., "Analysis of buprenorphine in urine specimens", *Sci*, 1992, 37:82-9.

RECENSIONE

E. Besola, P. Braibanti, S. Brena, G. Caio,
M. Colleoni, W. Fornasa, I. Lizzola,
V. Tarchini, L. Tidone, A. Vanni

Interagire nelle dipendenze

a cura di Ivo Lizzola

Unicopli/€ 13,00

Il presente lavoro di ricerca, realizzato nell'ambito dei Servizi per le dipendenze – hanno lavorato insieme decine di operatori di Ser.T. e di Comunità della rete Cegest –, è stato un percorso originale in chiave metodologica e partecipativa: ha chiamato in gioco le persone in un dialogo allargato e in un movimento di pensiero riferito alle azioni e alle prassi, ma sufficientemente creativo da non restarne rinchiuso. Sostentato dal Settore Politiche Sociali della Provincia di Bergamo, è un progetto che ha permesso d'attivare situazioni di cooperazione tra culture diverse, tra i mondi delle Comunità per tossicodipendenti e le loro forme associative e quelli dei Servizi pubblici per le dipendenze.

I Servizi per le dipendenze e le storie professionali che al loro interno si dipanano possono essere preziosi luoghi di riflessività sociale: in essi prendono forma e racconto le vulnerabilità e le fragilità, come le patologie di corpi e di persone, di famiglie e di contesti di vita. Dentro e attorno ad essi s'intrecciano rappresentazioni del lavoro, costruzioni di conoscenze complesse, aspettative, in un pluriverso di prospettive e paradigmi. La ricerca riguardo la marginalità grave e le dipendenze pare poco praticata e sostenuta in questi anni. Eppure cercare nelle esperienze decennali consolidate dai diversi Servizi, nelle loro connessioni con lo sviluppo delle scienze e delle tecniche, come nel loro interagire con le trasformazioni delle culture e delle politiche, risulta interessante e fecondo. Clienti, bisogni e prodotti; sviluppi organizzativi nei servizi e nelle comunità; riarticolazione della delega sociale; ipotesi culturali e conoscenze scientifiche: attorno a questi temi si può muovere un sapere che si ricompone attorno a prospettive antropologiche e fenomenologiche, esplorando in profondità il vivere umano nelle dipendenze.

Ivo Lizzola è docente associato di Pedagogia sociale e di Pedagogia della marginalità e della devianza presso l'Università degli Studi di Bergamo.

NOTIZIE IN BREVE

FeDerSerD e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali

Dopo lettere formali di reciproca collaborazione il Presidente di FeDerSerD Alfio Lucchini e il consigliere nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali Valerio Quercia si sono incontrati a Palermo il 2 dicembre 2005.

Lucchini ha sottolineato "la scelta, unica nel panorama italiano, della nostra Federazione di valorizzare nei fatti l'approccio multidisciplinare nel settore delle dipendenze come bussola per il nostro agire. Tra i nostri 1.500 aderenti centinaia sono assistenti sociali. Tra i 5.000 operatori che ogni anno partecipano ai nostri eventi molti sono assistenti sociali, nonostante le difficoltà create dalle regole ECM. Nelle Federazioni regionali sono presenti negli organi dirigenti appartenenti al vostro profilo. È nostro interesse qualificare sempre più l'intervento comprese le iniziative formative con la vostra partecipazione, specie esaminando le notevoli evoluzioni normative in tema di articolazioni dei poteri istituzionali. Il nostro statuto prevede varie forme di collaborazione stabile sia organica, che con patti federativi che con progetti".

Il rappresentante dell'Ordine degli Assistenti Sociali ha ringraziato per l'attenzione e confermato che proporrà agli organi esecutivi un Patto Federativo esclusivo per il settore con FeDerSerD quale formalizzazione dei rapporti.

Lombardia

In data 16 dicembre 2005, nel corso del II Congresso Regionale della Federazione Lombarda, in Milano presso il Centro Congressi Hotel Michelangelo, si è tenuta l'assemblea dei soci, convocata mediante la diffusione del programma congressuale, pubblicata sulla rivista "Mission" n. 15/2005 e sul sito della federazione. All'ordine del giorno l'elezione del direttivo regionale della Federazione. L'assemblea è stata aperta alle ore 9.15 dal presidente provvisorio Edoardo Cozzolino che ha ricordato le ragioni della convocazione e le iniziative sviluppate dal consiglio direttivo provvisorio e gli impegni della Federazione regionale, nonché la necessità di completare la composizione del Comitato Scientifico, dando poi la parola ad Alfio Lucchini, neo presidente nazionale della federazione, il quale ha fatto un esaustivo quadro degli ultimi avvenimenti (Convegno di Palermo, Conferenza Nazionale, ecc.) ed ha comunicato le linee di indirizzo approvate nel corso del direttivo nazionale a Palermo, tracciando gli impegni della Federazione.

Il segretario Maurizio Fea ha poi ricordato le procedure seguite per il sistema elettorale anche esse rese note su "Mission" e i criteri adottati per la composizione della lista (rappresentativa di tutte le professioni e distribuzione equilibrata tra i servizi della Regione).

Il segretario ha posto in votazione la lista dei candidati: **Edoardo Cozzolino, Antonia Cinquegrana, Giuseppe Pietrobelli, Sandra Basti, Franco Zuin, Cosetta Greco, Claudio Tosetto, Carlo Fogaroli, Daniela Gavarini.**

Per alzata di mano si è proceduto alla votazione che ha visto l'approvazione della lista con due astensioni e nessun voto contrario. Preso atto della votazione il segretario, membro di diritto in qualità di consigliere nazionale, ha proceduto alla convocazione del direttivo per le ore 13 dello stesso giorno nella stessa sede. L'assemblea si è conclusa alle ore 10.30.

Alle ore 13 si è riunito il **direttivo eletto** (assente giustificata Daniela Gavarini) che alla unanimità ha confermato il presidente uscente Edoardo Cozzolino, alla guida della Federazione Lombarda, riconvocandosi per affrontare le importanti questioni del riordino del sistema in Lombardia il 13 gennaio 2006.

Veneto

La sezione veneta di FeDerSerD organizza per **martedì 4 aprile 2006, presso Sala Convegni dell'Hotel Ibis di Verona un Corso di aggiornamento sul tema: Il razionale dell'uso della buprenorfina nella farmacoterapia delle dipendenze: strategie e contesti d'uso.**

L'evento è patrocinato da COVESERT, il Coordinamento Veneto dei Servizi Tossicodipendenze.

Programma

9.00-9.15

Apertura e Presentazione del Corso
Ezio Manzato

I Sessione:

Gli Aspetti Neurobiologici e Diagnostici come Elementi Indispensabili di un Razionale Trattamento Farmacologico
Moderatore Ezio Manzato

9.15-10.00

La Psicobiologia del Desiderio: Presupposti Teorici e Bersagli Terapeutici
Felice Nava

10.00-10.30

L'Assessment Diagnostico e l'Integrazione dei Trattamenti nelle Tossicodipendenze: Gli Aspetti Operativi nella Gestione Clinica
Ezio Manzato

10.30-11.00

Il significato terapeutico dei dosaggi adeguati: l'obiettivo terapeutico, blocco recettoriale ed estinzione
Gilberto Di Petta

11.00-11.15 - Coffee break

II Sessione: Il Razionale d'Uso della Buprenorfina nella Pratica Clinica
Moderatore Felice Nava

11.15-12.00

Il Trattamento Farmacologico con la Buprenorfina: Indicazioni e Modalità d'Uso
Paolo Civitelli

12.00-12.30

La Buprenorfina nel Trattamento del Poliabuso e nel Cocainismo
Franco Arisi

12.30-13.00

Confronto/Dibattito

13.00-14.00 - Lunch

14.00-16.00

Gruppi di lavoro:

I) La diagnosi come presupposto "operativo" per la personalizzazione dei trattamenti integrati
(Facilitatore Ezio Manzato)

II) Criteri diagnostici e scelta del trattamento farmacologico: nodi critici e possibili soluzioni

(Facilitatore Felice Nava)

III) I modelli di trattamento farmacologico in relazione alle fasi di cura ed ai contesti terapeutico/riabilitativi (Facilitatore Paolo Civitelli)

IV) Le personalizzazione del trattamento farmacologico

(Facilitatore Franco Arisi)

16.00-16.15 - Coffee break

16.15-17.15

Presentazione dei lavori di gruppo

17.15-17.45

Confronto/Dibattito con gli esperti in plenaria

Individuazione di Linee di Indirizzo per la buona pratica clinica

Coordinatori Ezio Manzato, Felice Nava

17.45-18.00

Questionario di verifica ECM e chiusura dei lavori

La giornata di formazione è rivolta a medici e infermieri dei Dipartimenti delle Dipendenze. L'evento è stato accreditato ECM per la figura del medico e dell'infermiere

Si propone di affrontare il tema dei disturbi da uso di sostanze psicoattive e dei disturbi associati, che significa considerare l'importanza delle radici psicobiologiche come alterazione dei meccanismi fisiologici che controllano il desiderio. Le ultime ricerche dimostrano che alla base dei disturbi comportamentali che caratterizzano la dipendenza da sostanze psicoattive vi possa essere la capacità delle sostanze d'abuso di indurre profonde alterazioni dei processi cognitivi. Inoltre, anche l'associazione di disturbi di personalità e disturbi psichiatrici mette in risalto l'importanza dell'area psicopatologica nell'ambito della pratica clinica dei Servizi delle Dipendenze e della Rete Territoriale. Infatti, sia i disturbi cognitivi che i disturbi di personalità attualmente impegnano sempre di più le strutture delle dipendenze e psichiatriche, che non sono adeguatamente formate a relazionarsi con situazioni cliniche in cui l'espressività sintomatologica e comportamentale della sofferenza soggettiva dei pazienti mette in crisi l'organizzazione terapeutica e riabilitativa.

Appare, pertanto, sempre più necessario integrare gli aspetti neurobiologici, temperamentali, clinici, comportamentali e soggettivi della personalità per la migliore comprensione di disturbi; inol-

tre, è opportuno sviluppare modelli diagnostici e terapeutici, sia farmacologici, che psicoterapeutici che riabilitativi basati sui bisogni specifici dei pazienti e sviluppare l'integrazione dei Servizi. Questa giornata di formazione si pone come obiettivo quello di sviluppare un confronto ed una riflessione per un migliore approfondimento su queste tematiche specifiche al fine di trovare linee di indirizzo per una buona pratica clinica nella gestione complessa di questi disturbi e per l'integrazione dei trattamenti e dei Servizi della Rete Territoriale.

Segreteria Organizzativa
EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - e-mail: federserd@expopoint.it; www.expopoint.it

Piemonte

Il gruppo regionale piemontese di FeDerSerD, coordinato da Emanuele Bignamini, in sinergia con il livello nazionale, organizza un evento congressuale sul tema Carcere.

Il Congresso, previsto a Torino a metà novembre 2006, intende fare il punto sulla situazione carceraria nel Paese in rapporto al tema delle dipendenze patologiche, l'applicazione delle normative nazionali da tempo promulgate, la realtà e le possibilità della assistenza sanitaria in carcere e degli interventi alternativi territoriali. Previsti momenti di confronto con esperienze estere.

Abruzzo

Sabato 26 novembre 2005 a Lanciano, nella sala Mazzini in Piazza Plebiscito, con il patrocinio del Comune, FeDerSerD ha organizzato una importante **Consensus Conference** dal titolo **"Il sistema dei servizi per le dipendenze e la applicazione della legge per la tutela della privacy"**.

L'alto magistrato di Sezione di Cassazione **Aniello Nappi** è stato l'animatore della giornata, unitamente al presidente della associazione nazionale magistrati **Ciro Riviezzo**.

Presenti i dirigenti della Federazione regionale tra cui Paola Fasciani, Cesare Di Carlo, Giuseppe Vena, Nicola Capraio. Pietro Fausto D'Egidio ha coordinato l'iniziativa, che ha visto la

partecipazione di Alfio Lucchini, in rappresentanza della dirigenza nazionale di FeDerSerD.

La rilevanza dell'evento per tutti i colleghi italiani dei servizi ha indotto la Federazione a raccogliere i contenuti della giornata in un fascicolo che sarà a disposizione tra poco, ma è giusto sottolineare la mission dell'iniziativa.

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze è un sistema complesso caratterizzato da una molteplicità di compiti istituzionali svolti da numerose figure professionali in un contesto connotato da rappresentazioni sociali polimorfe. La legge per la tutela della privacy ha introdotto una serie di elementi che si interfacciano in misura significativa con le attività istituzionali dei Ser.T. e delle Comunità. La legislazione e la sua applicazione si presentano a volte con problematiche di incertezza nella definizione e nelle applicazioni. Compito della consensus è stato quello di produrre un rapporto che esamini la legge alla luce delle attività delle nostre strutture e che sia di chiaro riferimento a tutti gli operatori italiani del settore.

Il prof. Nappi ha analiticamente risposto e dibattuto con i presenti (tra cui anche noti avvocati) sui seguenti punti in precedenza elaborati dal direttivo regionale di FeDerSerD e inviati all'alto magistrato.

1. Cosa significa privacy.
2. Cosa significa "dato sensibile".
3. Procedure possibili per la custodia dei dati sensibili sia su supporto cartaceo che informatico.
4. Procedure di trasmissione e comunicazione tra servizi e tra enti regionali e statali di dati personali/sensibili.
5. Privacy e responsabilità del Dirigente Medico e degli altri operatori del Ser.T. (consigli per l'uso).
6. Il consenso informato: quando e come... sempre?
7. La ricerca e l'autorizzazione al trattamento dei dati.
8. Comma 3 e 6 dell'art. 120 della L. 309/90 in merito all'anonimato (se un paziente chiede l'anonimato come si procede? Come si fa ad essere sicuri di non duplicare gli interventi, in modo particolare quelli farmacologici?).
9. Gli Uffici di Governo in applicazione dell'art. 75 della L. 309/90 inviano i pazienti per cura ai nostri servizi e poi chiedono di conoscere l'andamento del programma.

Quali dati può/non può contenere tale relazione?

10. Abbiamo l'obbligo di contattare il MMG del paziente al fine di evitare duplicazioni di trattamento o prescrizioni di farmaci con potenziali interazioni dannose? E viceversa? In caso contrario come possiamo evitare duplicazioni di trattamento? In caso riteniamo opportuno ai fini della cura del paziente contattare il MMG possiamo farlo o dobbiamo essere autorizzati dal paziente?.
11. Per la raccolta dei campioni urinari che richiedono l'osservazione diretta si possono usare impianti di videoregistrazione? E la raccolta "de visu" quanto è lesiva della dignità delle persone (sia operatori che pazienti?).
12. In caso di tossicodipendenti minori che richiedono cure fino a che punto possiamo curarli senza comunicarlo agli esercenti la potestà genitoriale?
13. Pazienti tossicodipendente con figli minori. Quando siamo obbligati alla segnalazione al Tribunale dei Minori?
14. Pazienti portatori di malattie trasmissibili per via sessuale che hanno la partner in gravidanza e continuano a mantenere comportamenti a rischio esponendo la partner e il nascituro ad infezione. Rifiutano di comunicare alla partner la loro malattia e negano il consenso a farlo. Come dobbiamo comportarci, quale diritto prevale?
15. Paziente con infezioni da HIV con figlio minore anch'esso affetto da HIV di cui non è a conoscenza il padre del bambino e che rifiuta il consenso ad informarlo. Quali gli obblighi?
16. Paziente minore che non vuole siano comunicate notizie intime/personali gravi (per esempio che è partner di Td con problemi infettivologici) ai suoi familiari pur accettando la loro tutela e partecipazione alla cura. Che fare?
17. Art. 120 comma 7 della L. 309/90: cosa comporta? Talora vengono le forze dell'Ordine a chiedere informazioni e ci mostrano l'ordine del magistrato/Procura. Quando siamo obbligati a dare le informazioni? Le Autorità (quali?) possono richiedere copia della cartella clinica, siamo obbligati a fornirla e previa esibizione di quale documento (per esempio ai periti di ufficio).

Lazio

Il presidente della Federazione Regionale Claudio Leonardi comunica che a Roma, il 28 e 29 settembre 2006, si terrà il Congresso Regionale FeDerSerD Lazio: **“Buone pratiche del management delle dipendenze patologiche e della doppia diagnosi”**.

28 settembre - mattino

- Inaugurazione congresso Presidente FeDerSerD Nazionale
 - Assemblea iscritti FeDerSerD Regione Lazio
 - Development del congresso
- Lunch

28 settembre - pomeriggio

- Update sulle tecniche psicodiagnostiche nelle dipendenze patologiche
 - Update sui trattamenti farmacologici delle dipendenze patologiche
 - Update sulla psicofarmacoterapia delle comorbilità psichiatriche nelle dipendenze patologiche
 - Update sui trattamenti farmacologici ed integrati dell'alcolismo
- Discussione

29 settembre

- Sala A - Tecniche di counseling infermieristico in ambiente psichiatrico
- Sala B - Procedure gestionali e terapeutiche in ambiente carcerario
- Sala C - Le terapie farmacologiche e di gruppo nella dipendenza da alcol
- Sala D - Formazione sulle tecniche psicodiagnostiche e psicometriche
- Sala E - Procedure gestionali e terapeutiche nel trattamento delle comorbilità psichiatriche in un servizio per le dipendenze
- Sala F - Procedure gestionali e terapeutiche nel trattamento della dipendenza da fumo e altre dipendenze
- Chiusura lavori

N.B. I lavori delle sessioni del 29 settembre saranno sviluppate unicamente su casi clinici discussi in aule separate e tutte le sessioni, onde favorire la massima partecipazione di tutti, saranno replicate, per intero, due volte nell'ambito della stessa giornata.

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa - EXPO POINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - e-mail: federserd@expopoint.it

Campania

Dopo il Congresso regionale di Castellammare di Stabia intensa la attività della Federazione regionale della Campania, presieduta da Clara Baldassarre.

Significativa la presenza a metà dicembre 2005 alla Conferenza organizzata dalla Regione Campania sul tema delle dipendenze.

Oltre a qualificati interventi in sala la Federazione ha curato uno stand di servizio per gli operatori presenti. La Federazione è stata inoltre presente in numerose iniziative formative e culturali in alcune province campane.

Nel 2006 è stato annunciato il Congresso regionale in autunno.

Sardegna

La Federazione Regionale della Sardegna realizzerà nel mese di ottobre (indicativamente dall'11 al 13) il primo Congresso Regionale di FeDerSerD. L'ASL 7 di Carbonia e l'Associazione Darwin Onlus saranno tra i promotori della iniziativa, che rappresenta altresì il Terzo Congresso nazionale su Disturbi Mentali e Tossicodipendenza. L'evento sarà principalmente incentrato su patologia da abuso e funzioni

cognitive, traendo spunto da studi originali recenti su working memory e decision making. Il titolo indicativo del Congresso è **“Strategie dell'addiction: il ruolo delle funzioni cognitive dall'uso alla dipendenza”**.

Il programma, come comunica il presidente della federazione regionale Roberto Pirastu, prevede argomenti legati ad addiction e funzioni cognitive per quanto attiene neurobiologia, funzioni cerebrali superiori, influenza esercitata da abuso e dipendenza e viceversa, trattamenti farmacologici e non, neuroimaging, relazioni tra funzioni cognitive e affettività, aspetti di ricerca.

Sicilia

- A margine del Congresso tematico nazionale della Federazione “Cocaina e Poliabuso” si è tenuta il 2 dicembre a Palermo una riunione organizzativa degli iscritti e simpatizzanti siciliani di FeDerSerD.

Ha coordinato la riunione Guido Faillace. In una sala affollata sono stati definiti i tempi e le procedure per arrivare alla costituzione formale della Federazione, in una Regione che vede una straordinaria presenza di professionisti del pubblico e del privato no profit aderenti a FeDerSerD.

- Nei primi giorni del 2006 l'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia ha provveduto alla nomina della Consulta regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze per il triennio 2005-2008. Assai numerosa la presenza di professionisti aderenti alla nostra Federazione tra i nominati, non solo tra i dirigenti dei servizi pubblici, ma anche delle associazioni e cooperative del privato no profit.

Congresso Tematico Nazionale

La Prevenzione delle Tossicodipendenze e la cultura dell'eccesso: per un cambio di paradigma che coinvolga tutti

Pescara, Hotel Serena Majestic - 17-18-19 maggio 2006

Mission

La prevenzione deve poter essere lo strumento per fornire all'uomo le prospettive positive per un suo reale equilibrio nell'ecosistema del pianeta terra. La prevenzione delle Tossicodipendenze ha sedimentato un dottrinale di riferimento corposo: dalla epidemiologia clinica agli approfondimenti sulla psicologia dei gruppi e sui cambiamenti psicologici correlati alle mutate dinamiche sociali; dalla strutturazione progettuale alla valutazione. Oggi si usano droghe, e si comincia ad usare droghe, in (contesti) dimensioni trasversali per età, censo, cultura. E ci si fa più o meno male con l'uso delle droghe anche in rapporto ai (contesti setting) di uso e alle risorse personali. Molte dinamiche e motivazioni legate ai nuovi modelli di consumo sono comuni ad altre espressioni di quella che abbiamo chiamato "la cultura dell'eccesso". Il rincorrere in maniera convulsa la soddisfazione del piacere riducendo sempre più il tempo del desiderio; il mettersi in gioco in una dinamica sempre più estremizzata, tipica del tutto o nulla, senza distinguere tra rischio e pericolo; il non accettare il susseguirsi naturale delle stagioni e dei cambiamenti ad esso legati: sempre giovani, sempre sesso, sempre atletici, sempre più bisognosi di un divertimento incalzante che dia l'unico senso che ci sembra potere accettare nella nostra vita e quindi lifting, viagra, doping, droghe.

Tutto questo ci allontana sempre più dalla nostra dimensione biologica. Quella scritta nei nostri geni in maniera praticamente immutata da millenni. L'uso di droghe si inserisce ormai in una dimensione minutamente radicata in così tante espressioni della nostra quotidianità che solo abbracciando questa complessità possiamo operare quel cambio di paradigma essenziale per coinvolgerci tutti in quella che abbiamo fino ad ora chiamato la prevenzione delle Tossicodipendenze. L'educazione alla salute, la promozione dell'agio, la valorizzazione e la riscoperta di dimensioni di vita più naturali, il rifiuto di essere vittima di un mercato che ci trasforma da soggetti in consumatori non possono più essere relegati solo ai contesti familiari e preadolescenziali. Tutte le agenzie sociali, a cominciare dai mass media, e tutti noi dobbiamo essere consapevoli che se si comincia a farsi male con le droghe a 12 o a 45 anni questo dipende anche dai nostri valori.

Il congresso si propone di avviare una analisi e di suggerire un percorso per le azioni di prevenzione delle Tossicodipendenze da realizzare in Italia nei prossimi anni.

Programma preliminare

17 maggio - ore 14-19

*Presentazione del Congresso
Saluti delle autorità*

Prima Sessione

Tavola rotonda - Integrazioni e mediazioni socio-culturali: le difficili scommesse della globalizzazione

Seconda Sessione

Rappresentazione delle esperienze di prevenzione in Italia

18 maggio - ore 9-19

Terza Sessione

La cultura del (dis) piacere

Quarta Sessione

I mass media, la cultura dell'eccesso e la incertezza della flessibilità

Quinta Sessione

La genitorialità e il mondo adulto (i sistemi significativi) di riferimento

19 maggio - ore 9-14

Sesta Sessione

Desideri incalzanti e inappagabili: la psicologia della frustrazione

Settima Sessione

Tavola rotonda - La prevenzione: il rigore professionale e l'impegno di tutti

Le relazioni saranno seguite da una discussione che verrà animata da interventi preordinati in sala commisti, su gestione del chairman, agli interventi del pubblico. Sono stati invitati noti esperti italiani e stranieri ed esponenti dei media e della comunicazione.

Sono previsti:

- Spazio Poster
- Stand per presentare interventi di prevenzione e materiali specifici
- Spazi per la presentazione di audiovisivi
- Momenti di analisi dei messaggi dai video clip e dalla pubblicità

Sono previsti due **EVENTI SATELLITE:**

Prevenzione secondaria delle tossicodipendenze: la prospettiva sanitaria.

Utilizzo del farmaco sostitutivo nel trattamento della doppia diagnosi.

Presidente del congresso: Pietro Fausto D'Egidio

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa - EXPO POINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - e-mail: federserd@expopoint.it

Pubblichiamo l'appello del Cartello "Non incarcerate il nostro crescere" a cui FeDerSerD ha aderito.



“Fermiamo lo stralcio Giovanardi!”

Il Governo minaccia di approvare la legge proibizionista e punitiva sulle droghe, presentata dal leader di Alleanza Nazionale Gianfranco Fini nel 2003, nelle prossime settimane, alla fine della legislatura. Si tratta di un colpo di mano, fatto ricorrendo a un decreto-legge e utilizzando il voto di fiducia per evitare possibili dissensi.

Il Parlamento, ormai scaduto, dopo avere bocciato l'amnistia e l'indulto, si accinge a votare un provvedimento che in pochi mesi riempirebbe le carceri di altri venti o trentamila detenuti. Al centrodestra, evidentemente, non è bastata la legge ex Cirielli. Infatti, con la futura legge Fini-Giovanardi, i consumatori di qualunque sostanza e i tossicodipendenti verranno criminalizzati e condannati come spacciatori, seppure presunti, con pene dai sei a vent'anni (dai 6 ai 20) di reclusione e questo, oltre che sulla vita delle persone che vi incapperanno, avrà una drammatica conseguenza sul sistema giudiziario e penitenziario e favorirà invece le mafie del narcotraffico.

Dietro agli articoli di questa legge si intravede distintamente il disprezzo per coloro che vivono i problemi delle dipendenze patologiche e l'odio per i giovani e i loro stili di vita, confermato dalla penalizzazione della cannabis che viene equiparata nella repressione all'eroina e alla cocaina.

Si tratta di un messaggio assolutamente demenziale anche dal punto di vista educativo, di informazione e di prevenzione.

Sulla pelle dei tossicodipendenti e delle loro famiglie, in realtà, vogliono costruire un impero di affari offrendo l'alternativa della comunità *autoritarie e di pseudo-recupero* al carcere: in realtà si

tratterebbe sempre di un luogo di costrizione, con una esecuzione privata della pena, senza neppure i diritti dell'ordinamento penitenziario.

Con questa legge vogliono distruggere il sistema integrato dei servizi pubblici e del privato-sociale e ogni politica anche timida di riduzione del danno, rimandando sulla strada le persone in trattamento e inserite nella società, attraverso il lavoro o lo studio, spezzando positive relazioni di inserimento.

Pur se fortemente preoccupati del silenzio e della pericolosa disattenzione con cui si sta andando verso l'approvazione del decreto-legge Fini-Giovanardi, non intendiamo arrenderci di fronte a questa inaudita provocazione, sia nel merito sia nelle procedure seguite, e non possiamo e non vogliamo attendere passivamente il disastro sociale che produrrebbe in breve tempo.

Denunciamo il ministro Carlo Giovanardi come responsabile morale dei drammi umani e sociali, provocati dall'ideologia e dal moralismo che avverranno presto, troppo presto. Basti ricordare i tanti casi di ragazzi morti suicidi, dopo essere stati penalmente perseguiti per poche foglie di marijuana o pochi grammi di sostanze. I casi di Giuseppe Ales di Pantelleria, di Cristian Brazzo di Vigodarzere e di tante altre vittime senza nome, con la nuova normativa diventerebbero una quotidiana tragedia, di fronte alla quale nessuno, e per primo il centrodestra, potrà dire: «non sapevamo, non potevamo prevedere». Noi, partigiani della ragione contro l'intolleranza e la violenza di leggi ingiuste, proclamiamo uno sciopero della fame contro il concretissimo e attuale rischio di approvazione di questa legge, che avverrebbe senza discussione, con una procedura d'urgenza ingiustificata e fraudolenta, e contro l'opinione degli operatori dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e delle Comunità terapeutiche libere, delle società scientifiche, delle associazioni che si occupano di diritto e giustizia.

Facciamo appello a tutti i senatori e deputati di non essere complici del delirio repressivo della legge Giovanardi-Fini e di decidere in piena autonomia.

Già da ora rivolgiamo un pressante invito al Presidente Ciampi perché non consenta che l'ultimo atto della legislatura avvenga sotto il segno della disumanità e della intolleranza verso i più deboli.

Anche la FICT disapprova la legge Fini-Giovanardi.



COMUNICATO STAMPA del 7 febbraio 2006

La FICT insoddisfatta dello stralcio Giovanardi Don Egidio Smacchia: “Non sono state accolte le nostre richieste”

La FICT, Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche, in merito all'approvazione del cosiddetto 'stralcio Giovanardi', che modificano la legge sulla droga, si dice insoddisfatta per il provvedimento che non tiene conto delle indicazioni espresse dalla FICT durante la Conferenza sulle tossicodipendenze di Palermo.

In particolare era stato richiesto di prevedere per i consumatori minorenni una progressività di interventi educativi e/o riabilitativi concordati con un'équipe educativa territoriale che opera in stretta collaborazione con la famiglia, anziché lo stesso percorso sanzionatorio dei maggiorenni, con gli evidenti rischi che s'innescino ulteriori e più gravi forme di devianza.

Inoltre, il ripristino delle Tabelle sulle sostanze crea uno spartiacque troppo rigido tra consumo e spaccio e rappresenta uno strumento alquanto macchinoso e per questo difficilmente utilizzabile.

C'è contrarietà anche su come è stata concepita l'equiparazione delle Comunità terapeutiche ai Ser.T., duplicando un servizio inve-

ce di puntare sulla piena integrazione del sistema dei servizi tra pubblico e privato-sociale attraverso l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze presso le Asl, come da noi richiesto unitamente a Cnca e FeDerSerD.

Sul fronte carcerario è stata, invece, recepita la richiesta della FICT di modifica della legge ex-Cirielli permettendo anche ai tossicodipendenti recidivi di accedere alle misure alternative al carcere. Mentre condivide l'estensione da 4 a 6 anni della possibilità, per il tossicodipendente in carcere, di usufruire delle misure alternative, rileva come non sia stato sciolto il nodo cruciale del reperimento di adeguate risorse economiche che anche in passato ha costituito un limite all'applicazione della normativa vigente.

L'auspicio è che con la nuova legislatura si proceda nella revisione della legge, con il concorso però di tutte le forze politiche disponibili e con il coinvolgimento diretto degli operatori del settore.

E... il documento della Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche.



Associazione per lo Studio del Gioco d'Azzardo e dei Comportamenti a rischio **ALEA**, Associazione Nazionale Comunità Terapeutiche Pubbliche per le Dipendenze Patologiche **ASCOPUBBLI**, Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane **Co.N.O.S.C.I.**, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze **FeDerSerD**, Associazione Europea degli Operatori Professionali dell'Intervento sulle Tossicodipendenze - Delegazione Territoriale Italiana **ITACA Italia**, Società Italiana di Alcolologia **SIA**, Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze - Sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria **SIP Dip**, Società Italiana Tossicodipendenze **SITD**

Droga: una legge autoritaria, irrazionale ed antiscientifica

Il Parlamento sta portando a compimento, a tappe forzate e colpi di "fiducia", l'iter legislativo della nuova Legge Fini- Giovanardi sulle droghe.

La nostra Consulta, che raggruppa le 8 principali Società ed Associazioni scientifiche del settore, aveva nello scorso anno, a più riprese, offerto la propria collaborazione per la traduzione normativa delle più recenti evidenze scientifiche.

Tutto inutile; il Governo non ha voluto dare ascolto a noi ed alla stragrande maggioranza dei tecnici dei Servizi pubblici e del privato sociale: ha voluto celebrare una pseudo Conferenza Nazionale a Palermo in dicembre, riempita di comparse e frequentata da sparuti tecnici, per tentare di far dire un compiacente sì al proprio Disegno di Legge.

Pur non essendo neppure riuscito ad ottenere un parere favorevole da parte della propria Consulta governativa, il Ministro Giovanardi ha presentato a Natale in Parlamento il proprio testo e ne sta ottenendo l'approvazione con uno stravolgimento delle più elementari regole parlamentari, senza discussione, senza confronto, senza il minimo conforto di un substrato tecnico-scientifico.

Quali i principali elementi di irrazionalità?

1) L'irrazionalità dell'impianto coattivo, che inasprisce quello della vigente normativa; ciò contro ogni evidenza scientifica, laddove è ampiamente dimostrato dalla letteratura specialistica e dall'esperienza quindicennale dell'applicazione della vigente Legge che, essendo la tossicodipendenza una malattia e non un vizio od un reato, è un percorso di costruzione e consolidamento delle motivazioni quello che porta a scelte mature, consapevoli e durature di cambiamento e non un percorso di costrizioni ed aut aut come quello proposto dalla Legge imminente.

La salute viene a configurarsi come un dovere piuttosto che come un diritto, si passa dal "diritto alla cura" a "dovere della cura": ciò si fonda su di una pericolosa confusione tra norma giuridica e norma morale.

2) L'irrazionalità dell'assenza della clinica, anch'essa a denunciare il rifiuto a concepire modernamente la dipendenza come un disturbo di salute e, con essa, **l'esclusione**

ideologica delle politiche di riduzione del danno che si vanno affermando in tutto il mondo civile come quelle più efficaci nel contrasto della mortalità acuta e delle patologie associate in ambito infettivologico.

3) L'irrazionalità della proposta di reintroduzione di una linea di demarcazione rigida, fissata per Legge, tra **possesso di droghe per consumo personale e possesso a fini di spaccio** (anche se le quantità definite devono essere intese come "indice" di reato, è molto probabile che verranno applicate come una soglia oltre la quale far scattare automaticamente l'accusa di spaccio); l'irrazionalità poggia principalmente sul fenomeno della tolleranza, proprio di quasi tutte le sostanze psicoattive, che è quel fenomeno, ad esempio, che fa sì che 100 mg di eroina siano per qualcuno una dose letale e per qualcun altro neppure sufficienti ad alleviare una sindrome di astinenza.

Il principio scientifico corretto poggia invece proprio sulla discrezionalità del giudice, sulla valutazione caso per caso, supportata da procedure peritali cliniche e non merceologiche.

4) L'irrazionalità della proposta di accorpamento tabellare in un'unica tabella comprendente tutte le sostanze psicoattive illegali, con una sovrapposizione delle previsioni normative per aree di comportamento estremamente differenti tra loro.

Se si può comprendere l'intento di fornire un "messaggio forte" circa la pericolosità di tutte le droghe, la visione dei meccanismi decisionali degli adolescenti e dei giovani che traspare è rozza ed ingenua. Il rischio principale è costituito da un lato dalla criminalizzazione del comportamento di quasi la metà degli adolescenti e tardo adolescenti italiani (per consumare hashish o marijuana è necessario procurarseli in qualche modo...) e dall'altro dalla facilitazione del passaggio dall'uso di cannabinoidi a quello di sostanze oggettivamente più pericolose per la salute e per la vita.

In Europa si va in senso contrario: ad esempio nel Regno Unito la collocazione tabellare della cannabis è stata recentemente derubricata.

È necessario al contrario massimizzare la diversificazione tra il regime normativo previsto per il consumo dei canna-

binoidi, diffuso e percepito come poco problematico (al di là della pericolosità, che esiste ma che deve essere trattata con interventi educativi) e consumi molto meno frequenti e percepiti come problematici.

Porre il "confine" tra il "nessun consumo" (e l'alcool? e il tabacco? e il gioco d'azzardo?) ed i primi spinelli significa porre un confine indifendibile sul piano educativo, normativo e scientifico.

Significa, di fatto, disegnare un intervento dello Stato autoritario, predicatorio ed inefficace.

5) L'irrazionalità dell'equiparazione negli accessi tra strutture pubbliche e strutture private. Esse erogano servizi differenti, da posizionare in serie e non in parallelo o peggio ancora in competizione. Il pubblico e il privato sociale più professionale collaborano da tempo in logiche di sinergia e non di conflitto ideologico e l'Italia ha la fortuna di avere contemporaneamente la più capillare diffusione di Servizi pubblici e la più potente ed articolata rete di Strutture private residenziali e non residenziali.

Le strutture private che si vedono e si vivono in antagonismo con il servizio pubblico sono una netta minoranza e non appartengono al mondo scientifico.

Sancire, attraverso una Legge nazionale, la possibilità per le strutture private di certificare lo stato di tossicodipendenza significa attuare un cortocircuito infausto tra chi deve certificare la condizione di tossicodipendenza (compito del Dipartimento pubblico delle dipendenze) e chi deve prendere in cura la persona (Ser.T. e Comunità).

Chi tutelerà, in questo caso, l'interesse pubblico e il controllo della spesa sanitaria?

Il fatto che la legge demandi alle Regioni la definizione dei criteri che disciplineranno tale facoltà da parte dei privati è, poi, causa di un'ulteriore contraddizione.

Tutta la materia sanitaria è infatti stata demandata, con la

riforma del titolo V della Costituzione, alle Regioni; lo Stato con tale provvedimento legifera fuori dalle proprie competenze: sono le Regioni che, nel caso, dovrebbero decidere se concedere ai privati una tale facoltà e non semplicemente come farlo.

La nostra Consulta ha manifestato più volte, da oltre 3 anni, la propria contrarietà ad un siffatto approccio al problema delle tossicodipendenze, basato su posizioni ideologiche e moralistiche, sordo ai richiami della cultura scientifica sull'argomento ed alle evidenze di efficacia dei percorsi terapeutici disponibili.

Siamo fortemente preoccupati per l'incultura che informa questa Legge.

Ci allarma pensare alle persone malate di dipendenza, che oltre al peso della propria condizione dovranno sopportare anche quello di un inasprimento delle pene.

Chiediamo alle Regioni italiane di difendere le proprie prerogative come già fatto, con successo, nel 2003 nei confronti del cosiddetto "Decreto Sirchia" di modifica del DMS 444.1990.

Chiediamo al Capo dello Stato di valutare attentamente gli evidenti elementi di contraddizione tra l'impianto normativo previsto e gli esiti del Referendum abrogativo del 1993 di alcune previsioni del T.U. 309.90.

Ci auguriamo infine che il lume della ragione possa rapidamente, in Italia, riprendere a dar luce alle scelte della politica per il nostro settore di intervento e **chiediamo a tutti coloro che si imbattono a vario titolo nell'applicazione della Legge di dare ascolto ai richiami della propria coscienza e della scienza.**

5 febbraio 2006

NOTIZIE IN BREVE

Dal prossimo numero una nuova proposta editoriale per MISSION

Lo sviluppo della rivista e le osservazioni dei lettori hanno spinto la redazione a caratterizzare ulteriormente la rivista in senso tecnico scientifico con un triplice meccanismo:

- **definizione di aree di interesse che la Federazione intende sviluppare attraverso la rivista.**
- **Definizione di un board editoriale per ogni campo di interesse che assicuri la qualità del materiale che viene pubblicato.**
- **Sollecitazione e coinvolgimento degli associati e non solo a produrre materiali di qualità.**

Perciò board di area avranno il compito di assicurare sia con interventi e produzioni personali che sollecitando colleghi noti e meno noti ma di provata competenza, l'avvio di forme di collaborazione regolare in modo da garantire nel corso dell'anno un certo numero di lavori per ogni area. Viene introdotta la possibilità di tradurre e pubblicare articoli da riviste internazionali. Considerando il numero di pagine della rivista si assegneranno ad ogni

area 6 pagine per ogni numero, fatta salva la possibilità di variare, una volta definita la programmazione annuale, il peso specifico di ogni area sui singoli numeri. In tal modo si salvaguarda lo spazio associativo e la possibilità di editoriali nonché le vitali pagine pubblicitarie.

Aree e board editoriali previsti:

- Area clinica
- Area epidemiologica
- Area farmacologica/tossicologica
- Area antropologica/culturale e sociale
- Area prevenzione
- Area manageriale/organizzativa
- Area normativa/legislativa/giuridica

Tramite il sito www.federserd.it verranno comunicati i recapiti mail dei coordinatori dei board per l'invio dei contributi di settore.

Direttivo nazionale

Palermo, 1° dicembre 2005, Grand Hotel et des Palmes

Presenti 18 consiglieri nazionali, assenti giustificati il presidente Coacci e il consigliere Polidori.

Presenti Cozzolino, Pirastu, Baldassarre, i presidenti di Federazioni regionali.

Presiede Faillace, verbalizza Lucchini.

- Viene approvato il verbale della seduta precedente, con una astensione.
- Dimissioni del Presidente: si procede come da Comunicato Stampa (p. 3 di questo numero di Mission). Grande dirige le procedure di questo punto all'ODG.

Assume la presidenza Lucchini, verbalizza D'Egidio.

- Approvazione del Documento strategico programmatico triennale della Federazione, illustrato dal consigliere Fea, alla unanimità.
- Convocazione Assemblea ordinaria 2006, durante il congresso tematico nazionale Prevenzione di Pescara (17-19 maggio 2006).
- Ammissione di nuovi soci.
- Varie.

La riunione, iniziata alle ore 19.00, si conclude alle ore 01.30.

La prima riunione del nuovo Ufficio di Presidenza di FeDerSerD

Milano, venerdì 3 febbraio 2006, Hotel Michelangelo

Presenti tutti i componenti: Lucchini, Faillace, D'Egidio, d'Amore e Lovaste.

Presiede Lucchini, verbalizza D'Egidio.

1. Situazione generale e compiti della Federazione

Viene proposta dalla relazione introduttiva del Presidente una ricognizione generale politica ed istituzionale.

Linee di fondo sono la lettera del Presidente ai dirigenti e il documento politico strategico triennale.

Obiettivo importante è favorire spazi di protagonismo per i nostri iscritti.

Il Presidente illustra la situazione dei conti (costi e ricavi) dell'anno 2005, in modo analitico.

Pone un obiettivo di contenimento delle spese della macchina organizzativa.

Illustra la lettera ai soci predisposta dal segretario esecutivo.

2. Percorso di Alta Integrazione

Su questo punto all'odg partecipa ai lavori il past president Coacci.

Il Presidente legge la corrispondenza con i Presidenti CNCA e FICT e richiama la centralità del percorso di alta integrazione del sistema degli accreditati.

Obiettivo: sviluppare su questioni tecniche (diagnosi, certificazione, integrazione dei percorsi trattamentali, specialistica, ecc.) i lavori del tavolo e la redazione di documenti di indirizzo.

Coacci concorda con questa linea e si sofferma sulle possibili evoluzioni.

3. Iniziative 2006

Approvato programma congresso Terapia Dipendenza proposto da Manzato e Nava per il 4 aprile a Verona.

Approvato, dopo discussione con integrazioni, programma congresso nazionale tematico Prevenzione presentato da D'Egidio, Pescara 17-19 maggio.

Indirizzi operativi per il congresso nazionale tematico Alcolismo, Sanremo 20-22 settembre.

Primo annuncio di congressi autunnali in Campania, Lazio, Sardegna, Piemonte, Lombardia.

Sulla base delle linee di indirizzo in tema di formazione della Federazione si sono definiti i comportamenti centrali e periferici rispetto a proposte esterne di collaborazione. FeDerSerD è provider ECM ormai affermato e dispone di collaudati pacchetti formativi; ogni forma di collaborazione diversa da quella propria della organizzazione deve essere valutata sulla base della scientificità dei programmi, interesse per i professionisti di settore, autonomia e visibilità della Federazione.

4. Situazione nelle Regioni

Nel 2006 dovranno vedere la luce le Federazioni in Calabria e Liguria.

In Sicilia sono in corso le procedure costitutive avviate con l'incontro di Palermo.

L'Ufficio di Presidenza segnalerà ai dirigenti e gruppi regionali gli obiettivi praticabili anche per le Marche, Toscana e Emilia Romagna.

La riunione, iniziata alle ore 11, si chiude alle ore 17.

La lettera ai soci della Federazione

Cari soci di FeDerSerD

Grazie all'impegno profuso in questi anni la Federazione è riuscita a raggiungere traguardi importanti e iniziamo il 2006 sotto i migliori auspici: abbiamo realizzato convegni e congressi di alto valore scientifico, che hanno avuto una grande partecipazione di operatori. Una intensa attività di formazione ci ha permesso di fornire crediti formativi ECM a oltre 2500 colleghi, sopperendo talvolta alle carenze nei piani di formazione delle ASL, soprattutto per le figure professionali meno forti contrattualmente come gli infermieri.

Una serie di iniziative di alto livello, nate dalla profonda conoscenza delle esigenze del sistema dei servizi in Italia, quale la recente consensus sulla Privacy nel settore delle dipendenze, ci ha permesso di iniziare un percorso per fornire ai colleghi punti di riferimento importanti.

Sono già formalizzate importanti Federazioni Regionali in Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia, Sardegna, Sicilia.

La presenza puntuale e attenta della nostra rivista, MISSION, e del nostro sito web, www.federserd.it, sono ormai sicuri punti di riferimento per i Servizi.

Dal 1° dicembre 2005 il Direttivo Nazionale di FeDerSerD ha eletto i nuovi organismi dirigenti.

Oggi la Federazione è guidata dal Presidente Alfio Lucchini, Guido Faillace è il Vicepresidente e Pietro Fausto D'Egidio ha assunto l'incarico di Segretario Esecutivo Nazionale.

Il Presidente ha nominato Raffaele Lovaste e Antonio d'Amore quali componenti dell'Ufficio di Presidenza.

Il traguardo più importante, a mio avviso, è stato quello di arrivare a definire con orgoglio la nostra **identità**. Le recenti scelte rispetto alla Conferenza Nazionale organizzata dal Governo e l'impegno nel costruire il sistema di Alta Integrazione in Italia sono testimoni della nostra autonomia e danno la misura delle nostre responsabilità anche per l'anno 2006.

Il nostro impegno viene puntualmente indicato nel "Programma politico strategico per il triennio 2005-2007", che puoi scaricare dal sito www.federserd.it, in cui si definiscono le linee guida della Federazione.

FeDerSerD vuole continuare ad essere lo strumento per promuovere e dare la possibilità a tutti gli operatori del sistema dei servizi di Italia di giocare un ruolo da PROTAGONISTI nella ridefinizione delle linee di intervento e nella partecipazione alla crescita scientifica e culturale del sistema.

FeDerSerD ha in programma per il 2006 due importanti appuntamenti:

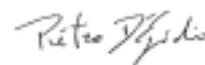
- a maggio si svolgerà a Pescara il Congresso Nazionale Tematico sulla Prevenzione;
- a settembre ci ritroveremo a Sanremo per il Congresso Nazionale Tematico di Alcolologia.

Cara Collega e caro Collega, ti invito a rinnovare subito l'iscrizione a FeDerSerD e a partecipare alle attività e alla crescita della Federazione con interventi, suggerimenti, commenti, considerazioni a partire dal Forum che trovi sul sito www.federserd.it e scrivendo agli indirizzi e-mail redazione@federserd.it - federserd@expopoint.it.

Con l'augurio di un anno felice, allegro e utile ti aspetto ai nostri prossimi appuntamenti.

Pescara, 10 gennaio 2006

Il Segretario
Esecutivo
Pietro Fausto D'Egidio



RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 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

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2006 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	IL _____
INDIRIZZO (personale) _____	
CITTÀ _____	PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____	FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____	
TITOLO DI STUDIO _____	
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____	
SPECIALIZZAZIONE _____	
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____	
INDIRIZZO (lavorativo) _____	
TEL. _____	FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI _____	
ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE _____	
PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO _____	
AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO _____	
INTERESSI CULTURALI _____	
Chiedo	
<input type="checkbox"/> Di essere iscritto in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2006 <input type="checkbox"/> Di rinnovare l'iscrizione in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2006 a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze	
_____ li ____ / ____ /2006 Firma _____	
Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda	
Versamento quota associativa di <input type="checkbox"/> € 50,00 (laureati) <input type="checkbox"/> € 30,00 (non laureati) (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)	
Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____	
Visto per approvazione: Il Presidente _____	



Sede legale: V.le Matteotti 72, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (Presidente),
Guido Faillace (Vicepresidente),
Pietro Fausto D'Egidio (Segretario esecutivo),
Alessandro Coacci (Past president),
Luciana Bacci, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,
Eduardo 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

