

Editoriale

Il contributo degli operatori dei servizi pubblici delle dipendenze al benessere bio-psico-sociale della persona con disturbo da uso di sostanze e alla riduzione dello stigma
Guido Faillace

1

SAGGI, STUDI E RICERCHE



Intervento di gruppo psico-educazionale strutturato per moduli volto ad incrementare l'insight in persone che presentano disturbi da uso di sostanze sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria: un'esperienza nel Ser.T. di Monza

G. Crespi, S.E. Sala, L. Schifano, P. Fortuna, G.L. Galimberti

9

PDTA per la diagnosi e il trattamento in Regione Lombardia dell'infezione da HCV nelle carceri e nei Ser.D.

Marco Riglietta, Alberto Chiesa, Giorgia Cocca, Roberto Ranieri, Valeria Zilio e Gruppo di Lavoro Coordinamento UO Dipendenze Regione Lombardia

14

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Smetto quando non voglio: lo smart training orientato DBT per i consumatori di cocaina

B. Bassini, D. Lin, G. Giura

35

L'attività di prevenzione primaria e il ruolo svolto dall'assistente sociale del Ser.D.

Aurora Trotta, Donato Donnoli

39

Predittori clinici e psicopatologici di out-come nel Disturbo da Uso di Cocaina: uno studio di follow-up a tre mesi

Martina Nicolasi

41

Il disturbo da gioco d'azzardo online: buone prassi ed ipotesi di trattamento

Luca Rossi, Silvia Miceli

45

LE RUBRICHE

Contaminazioni

Paradigmi e Ontologie

Maurizio Fea

5

La Finestra

In tanti ti chiedono: perché l'eroina?

Nina, dal Carcere

7

Poetry Corner/Rubrica di Poesia

Enzo Lamartora

8

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso FeDerSerD di Torino

18

Master Under 40

50

Congresso Nazionale FeDerSerD di Bergamo

51

RECENSIONI

40, 52

NOTIZIE IN BREVE

17, 44

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

Il contributo degli operatori dei servizi pubblici delle dipendenze al benessere bio-psico-sociale della persona con disturbo da uso di sostanze e alla riduzione dello stigma*

Il Sistema dei servizi per le dipendenze in Italia si compone di:

- 575 Servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale, distribuiti sul territorio nazionale, con 616 sedi ambulatoriali, ad accesso libero e gratuito;
- circa 300.000 persone annue in cura per disturbo da uso di sostanze stupefacenti, alcol, tabacco e per dipendenze comportamentali;
- 86% dell'utenza di sesso maschile, con le donne che presentano problemi specifici e spesso più complessi;
- età media di 40 anni, mentre i giovani con età under 25 sono il 10%;
- 6.500 professionisti pubblici, dei vari profili professionali, tra cui medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, amministrativi;
- un bisogno sommerso stimato di almeno 8 volte maggiore di quello espresso e tale dato rappresenta una priorità di sanità pubblica: servono maggiori risorse per poter sviluppare interventi territoriali e di prossimità.

* Relazione tenuta a Vienna presso la sede delle Nazioni Unite il 13 marzo 2023 in occasione della 66ª sessione della Commissione sugli stupefacenti dell'ONU (CND).

- Utilizzo del questionario CTQ per la classificazione dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol in base alla tipologia di craving: un'esperienza che evidenzia limiti e opportunità
Daniele Innocenti, Teo Vignoli
- Caratteristiche comuni della violenza sessuale e della violenza sessuale alcol-indotta
Ezio Manzato, Giovanna Del Balzo
- Ridefinizione progettuale di percorso riabilitativo orientato alla mindfulness in una Comunità Terapeutica per Alcoldipendenze.
Il cavallo e la tartaruga
Paolo de' Lutti, con Rosalie Bariola, Fabio Dalla Vecchia, Sonny Raumer, Piera Zanetti, Ferdinando Mallitti, Fabiola Cumerlato, Carlo Favaro, Matilde Stimmadini, Chiara Dalla Pozza

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IX, n. 36

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

Periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori
dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FrancoAngeli

ANNO XVI, 2022 - N. 60

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUI Trieste; Claudio Barbaranelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Caviechi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, Pescara; Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, Parma; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm University Svezia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Padova; Marco Riglietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Guido Faillace (Trapani); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Liliana Praticò (Bergamo); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Franco Zuin (Milano); Concettina Varango (Lodi)

Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Geca Industrie Grafiche
Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30/04/2023

ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



Gli articoli della rivista sono disponibili in modalità "Open Access" al link <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=197&lingua=it>



I Ser.D. sono parte della sanità territoriale e della integrazione socio sanitaria

La pandemia da Sars-CoV-2 ha dimostrato il ruolo fondamentale di un sistema sanitario pubblico territoriale, che deve essere potenziato dopo anni di scarsi investimenti.

I Servizi Ser.D. sono nodi specialistici della rete sanitaria territoriale e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno per le diverse forme di dipendenza.

Le équipe multiprofessionali, per assicurare i livelli essenziali di assistenza e per migliorare gli esiti delle proprie attività, lavorano in stretta integrazione con altri servizi sanitari, con servizi sociali, del privato sociale e del territorio di riferimento.

I Ser.D. curano la integrazione sociosanitaria e un approccio di prossimità

I Ser.D., attraverso il processo di integrazione socio sanitaria, garantiscono una valutazione completa dei bisogni delle persone e una risposta coordinata alle loro esigenze di salute.

Nelle dipendenze l'approccio di prossimità consente di intercettare prima il disagio, di diminuire il tempo di latenza (finestra temporale che precede la domanda di aiuto al Servizio), di favorire l'accesso alle cure, di migliorare la prognosi, di prevenire danni più gravi, sia sul piano sanitario che sociale; inoltre consente di sensibilizzare il contesto familiare e ambientale, affrontando il diffuso atteggiamento di stigmatizzazione e colpevolizzazione della persona.

È necessario un approccio scientifico alla complessità

Il Disturbo da Uso di Sostanze, per la sua eziologia multifattoriale bio-psico-sociale, richiede un approccio in linea con il Primary Health Care – PHC:

- accessibilità all'assistenza (accessibility), con facilità di accesso al primo contatto;
- assistenza del paziente condotta in maniera sistemica (comprehensiveness), tenendo in considerazione le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo;
- integrazione (coordination) tra i diversi professionisti e attori coinvolti;
- continuità delle cure (continuity/longitudinality);
- rendicontazione periodica (accountability) su processi e risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti.

(George Libman Engel nel 1977 ha elaborato il "modello bio-psico-sociale della salute" e già nel 1948 l'OMS aveva definito il concetto di salute come stato di benessere fisico, psichico e sociale).

Temi centrali sono la lotta allo stigma e la riabilitazione sociale

La dipendenza può interrompere o fare regredire il processo di apprendimento di competenze sociali fondamentali, determinando una maggiore vulnerabilità rispetto alla popolazione.

Lo stigma nella dipendenza ha radici culturali e sociali, condiziona gravemente l'immagine che la persona ha di sé e della propria patologia (colpevolizzazione, vergogna, autostigma, disistima).

Fornisce un ritardo nella richiesta di aiuto, che determina il bisogno sommerso.

Le attività di riabilitazione devono coinvolgere sia la persona che il suo contesto di vita per avere una maggiore efficacia.

La riabilitazione sociale richiede pertanto interventi:

- centrati sulla persona (sviluppare consapevolezza e skills);
- centrati sul contesto di vita, per modificare false credenze, aumentare le conoscenze e la sensibilità, diminuire i comportamenti ostili e pregiudiziali, che possono interferire col programma e con il superamento delle disuguaglianze di salute.



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Il bisogno inespresso è d'altronde una priorità di sanità pubblica

Vi sono responsabilità e compiti del Servizio Sanitario Nazionale, che deve garantire la tutela della salute e contrastare le disuguaglianze di salute con un approccio di medicina di iniziativa.

Il ritardo nella richiesta di aiuto nelle dipendenze (tempo di latenza) ha numerose cause, quali la sottovalutazione del problema; la diffidenza/resistenza verso i Servizi; la stigmatizzazione sociale, che disorienta le persone e i familiari; la paura di essere segnalati, giudicati, la vergogna e l'autostigma; le carenze nell'offerta (accessibilità dei Servizi, disomogeneità delle proposte, nuovi bisogni...).

E le conseguenze del bisogno inespresso nelle dipendenze, con il ritardo nella presa in carico peggiora la situazione clinica e la prognosi, la situazione socio-economica e quella giudiziaria, elevando i tassi di morbilità e mortalità, il carico di disagio e sofferenza, anche della famiglia (costi sanitari e sociali).

Inoltre il ritardo di realizzazione di programmi di empowerment favorisce fenomeni di marginalità sociale e di mancato reinserimento (stigmatizzazione, demotivazione, povertà, comportamenti antisociali, illegalità, improduttività).

Infine maggiori sono i rischi di contagio e trasmissione di patologie infettive e vi è un maggior numero di eventi acuti (overdose, incidenti, accessi ai servizi di emergenza).

Ricordiamo i determinanti della salute, dal grado di istruzione, al reddito e stato sociale, alla rete sociale, al lavoro e alle condizioni lavorative, all'ambiente fisico, alla biologia e genetica, agli stili di vita e alle risorse personali, senza dimenticare fattori legati alla prima infanzia e le caratteristiche dei Servizi sanitari.

Le persone più povere di risorse e di competenze si ammalano di più, guariscono di meno e muoiono prima.

Lo svantaggio sociale rappresenta il principale fattore di rischio per la salute e la qualità della vita.

Una parte significativa dell'utenza dei Ser.D. appartiene alle fasce più vulnerabili.

Vi è la necessità di lavoro territoriale per intervenire sui fattori sfavorevoli, sullo stigma, per mappare la presenza di potenzialità e favorire il reinserimento.

Riabilitazione, recovery, guarigione

La cura della dipendenza deve essere orientata fin dall'inizio alla ripresa, alla ri-abilitazione, alla recovery e, quando è possibile, alla guarigione (la definizione di patologia cronica recidivante risulta inappropriata in molte situazioni, ad esempio per l'utenza giovane).

Recovery come percorso personale di graduale ripresa, non lineare, che i Servizi devono favorire.

L'accesso agli interventi riabilitativi non deve essere subordinato al raggiungimento dello stato "drug free", ma deve essere inteso come parte integrante del progetto di cura.

Obiettivi realistici concordati con la persona, sugli assi portanti della casa, della formazione, della socialità e del reddito.

Veniamo ad alcune conclusioni

Il lavoro territoriale è parte integrante e sostanziale del lavoro specialistico dei Ser.D., in cui la componente sanitaria e quella sociale sono inestricabili.

L'area delle dipendenze richiede un livello di alta integrazione sociosanitaria, per le caratteristiche di complessità dei bisogni di salute delle persone.

I Ser.D. sono impegnati a garantire progetti di cura in cui le attività terapeutiche sono realizzate in sinergia con quelle di riabilitazione ed empowerment, per sostenere e favorire il raggiungimento progressivo del livello di benessere possibile ed auspicato dalla persona.

Il contrasto allo stigma rappresenta un impegno per i Ser.D., sia negli interventi di presa in carico individuali che in quelli rivolti a gruppi target della popolazione generale.

Guido Faillace

Presidente Nazionale FeDerSerD

