

“La formazione sulle dipendenze patologiche: possono i Ser.D. avere una funzione didattica vicariante nei confronti dell’Università?”

Contributo al dibattito

Emanuele Bignamini*

Premessa

Il tema proposto da colleghi in testi, paper, dichiarazioni, anche in questa rivista (vedi già Lugoboni e altri in *Mission* 37 del 2013), è di straordinaria importanza e attualità e la domanda posta solo apparentemente retorica.

La recente istituzione da parte di FeDerSerD di una “Scuola superiore di formazione Rita Levi Montalcini” e in particolare del corso per operatori di settore “Under 40 e nuovi assunti”, giunto alla terza edizione con notevole successo, sembra inquadrarsi nello stesso obiettivo.

Devo necessariamente premettere qualcosa sulla mia visuale.

La mia attività nei Ser.D., cominciata nel 1983 e conclusasi, con una parentesi di 5 anni in Psichiatria, nel 2019, per passare poi all’attività privata, è sempre stata accompagnata da dubbi e interrogativi in merito alla comprensione dell’oggetto di lavoro, al senso della condizione tossicomana, alle finalità della cura, all’organizzazione clinica necessaria al trattamento, all’efficacia degli strumenti.

Non è stato un atteggiamento da ricercatore nel senso proprio del termine, ma da clinico che si chiedeva con che tipo di problemi e di persone aveva a che fare e che cosa avrebbe potuto e dovuto fare, consapevole di non avere alcuna formazione in merito e (eravamo nei primi anni ’80) di non avere neppure molte fonti disponibili per informarsi e formarsi (la letteratura scientifica si è sviluppata soprattutto dagli anni ’90).

Il contesto dei primi anni dei Ser.D., in cui si doveva fare qualcosa, ma non si sapeva esattamente che cosa, e si doveva fare con soggetti non certo accomodanti, che fossero gli eroinomani di allora o le direzioni delle USL, invece di farmi fuggire mi ha messo nella necessità, sostenuta dall’euforia del SEEKING (nella accezione di Panksepp), di studiare e pensare per sopravvivere. Dall’autoformazione, negli anni sono poi necessariamente passato alla formazione di altri, prima interna con i “nuovi operatori” che andavano a potenziare l’organico Ser.D., e poi esterna, in molti ambiti (Ser.D., Regioni, comunità, associazioni), anche universitari (facilitato dalla qualifica di analista didatta), e cogliendo gli stimoli e le opportunità presenti nell’ambito professionale delle dipendenze, come essere membro attivo di SITD e FeDerSerD e cogliere le sollecitazioni tra le altre della rivista piemontese del settore che si titola, evocativamente, “dal fare al dire”, e scrivendo molto, attività che ancora oggi costituiscono per me un ottimo esercizio per continuare a pensare e a cambiare idea.

* *Psichiatra, analista didatta SIPI, Torino.*

Nell’ambito del Ser.D. in cui ho operato si sono sviluppate collettivamente significative competenze che, finché è stato possibile, hanno permesso a diversi colleghi di assumere, a loro volta, funzioni formative in vari ambiti, giungendo ad organizzare offerte di stage strutturati per altri operatori dei Ser.D. italiani e a collaborare con istituti universitari sia nella didattica sia nella ricerca.

Ho avuto modo, negli anni, di collaborare con, e di conoscere, molteplici altre iniziative come master, corsi di specializzazione e di perfezionamento, promossi in diverse parti d’Italia, cogliendone le diverse e differenziate impostazioni.

In questo ribollire di attività (ma assicuro che non ho mai trascurato l’attività clinica e organizzativa), mi sono fatto alcune idee, che vorrei condividere, sulla peculiarità della medicina dell’addiction e delle caratteristiche che sarebbe meglio (o sarebbe peggio) avesse una formazione specifica di giovani professionisti.

Chiarisco anche, sul piano del metodo, che non presenterò una bibliografia formalmente completa, ma solo alcuni riferimenti di testi nel corso dell’esposizione (riferimenti peraltro facilmente reperibili sul web), che servono solo per dare un’idea delle possibilità e delle necessità culturali formative nell’ambito dell’addiction.

1. L’oggetto della formazione

La prima questione che metodologicamente si pone è chiarire “di che cosa si parla”, cioè quale sarebbe l’oggetto della formazione.

L’atteggiamento del discente, soprattutto nei terreni di esplorazione come l’addiction, deve essere di ricerca e ascolto attivo e critico.

Infatti, deve essere preavvertito che il docente non può che trasmettere ciò che lui stesso ha appreso e, entro quei dati limiti, ciò che ha selezionato come contenuto da trasmettere.

Pertanto, a seconda della formazione del formatore, della sua scuola o teoria di riferimento, ci si può trovare di fronte a diverse proposte di interpretazione (perché di questo si tratta) dell’addiction, e a riferimenti concettuali anche piuttosto distanti, che schematicamente riassumo più sotto.

In concreto, la proposta formativa può organizzarsi attorno a oggetti molto diversi, tutti presentati con lo stesso nome di addiction.

Considerando la casualità con cui spesso si accede a opportunità formative, ci si può aspettare che i discenti che fruiscono di diverse impostazioni, acquisiscano competenze diverse.

Questo credo sia un bene: abbiamo esperienza dei danni alla

cultura che fanno i tentativi di omologazione e siamo consapevoli che un modo per contenere tentativi di monopoli e cordate di potere (immagino lo scatenarsi dell'ambizione dei prof in pectore...) è permettere la diversificazione.

E che venga lasciato al discente l'iniziativa e la responsabilità di formarsi (certo, a fronte di una ricca offerta di opportunità) è corretto sia sul piano della selezione dell'attitudine alla ricerca dei professionisti sia come metodo formativo per chi dovrà confrontarsi con pazienti che richiedono, appunto, iniziativa e responsabilità.

Mi premuro, però, di raccomandare di non cedere (completamente) alle sirene della cosiddetta EMB (evidence based medicine).

Se essa può assumere un ruolo significativo in specifiche decisioni (ad esempio, in alcune scelte operative), va ricordato che deriva a sua volta da una specifica filosofia che la precede logicamente. In termini procedurali, non è un punto di partenza, ma di arrivo, e deriva dalle teorie, visioni e convinzioni attualmente dominanti.

Cito, solo come esempio, la prevalenza culturale delle neuroscienze cognitive sulle neuroscienze affettive, e la conseguente sproporzione nella mole di lavori scientifici prodotti, che ricorsivamente conferma una visione sull'altra.

E accenno solo agli intrecci tra ricerca scientifica e interessi finanziari e di potere: senza fare i complottisti, non si può chiudere gli occhi sulle pressioni sociali, emotive, ideologiche ed economiche, che premono sulla ricerca e sulle sue applicazioni: il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e la sua impostazione diagnostica ne è esempio lampante. Pertanto, sarebbe ingannevole considerare l'EBM come una religione monoteista invece che come un utensile concreto, che facilita la prassi in alcuni ambiti specifici, ma non ha il costrutto per, e la finalità di, definire l'oggetto di lavoro.

1a. L'addiction come patologia

Il paradigma interpretativo dell'addiction attualmente dominante è quello della "malattia".

Da Jellinek (1962) in poi, la medicina ha costantemente tentato di ricondurre ai propri paradigmi, in costante cambiamento, l'oggetto "addiction"¹.

Attualmente, la dominanza delle neuroscienze cognitive ha ampiamente affermato il modello del BDMA (brain disease model of addiction), ritoccato e perfezionato negli anni (per una utilissima review, N. Volkow e C. Blanco, *Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention*, 2023. Per una discussione, E. Bignamini, *BDMA. Cervello, malattia, modello*, 2019).

Il modello si concentra su alcuni aspetti, in particolare i meccanismi biochimici, neurobiologici, genetici, fisiopatologici del sistema nervoso centrale e spiega alcuni aspetti del "che cosa" presumibilmente avviene in correlazione con l'assunzione di droghe, senza entrare nel merito del "perché" e del "come" (tralascio, citandolo solo allo scopo di sostenere la funzione critica nei docenti e nei discenti, l'ambito pur interessante della discussione tra la correlazione e il suo significato: che si "accendano" i neuroni nelle scansioni di brain-imaging, dimostra solo che la zona si attiva *durante* l'esecuzione del compito ma *non che ne sia implicata* (L. Bollea, *Neuroetica. La morale prima della morale*, 2008).

La comprensione dell'addiction come malattia, nello specifico come malattia del cervello, si presenta forte (ha un apparato di studi notevole), dominante (gli altri approcci hanno supporti di letteratura meno forti), rassicurante (le "prove" si fondano su immagini che si possono vedere e appaiono "vere"), utile (sostiene il razionale di alcuni trattamenti).

È quindi un modello da studiare con il massimo impegno.

Tuttavia, l'addiction ha una caratteristica che richiama il principio di indeterminazione di Heisenberg: ogni volta che si utilizza *un'ottica sola* per osservarlo, cambia aspetto e contraddice le attese.

I dati di ricerca che fondano il BDMA aiutano il clinico *solo in certe condizioni* e non in altre; in particolare, non è facile garantire la "pulizia" necessaria per trasferire dall'ambito sperimentale alla pratica clinica con la persona viva i dati di ricerca; ad esempio, a questo si collega l'effetto, solo parziale, probabilistico e senza riferimenti predittivi, di trattamenti farmacologici teoricamente corretti.

Con il paziente "vero", il tema della diagnosi tende ad allargarsi ad altre dimensioni solo in parte riconducibili al paradigma del *brain disease*.

Dobbiamo prendere atto, caso mai ce lo fossimo dimenticato, che l'essere umano non è una macchina, anche se alcuni funzionamenti possono essere simulati tecnologicamente, ma un sistema complesso.

1b. L'addiction come condizione complessa

Un altro riferimento concettuale ineludibile è, quindi, quello della complessità.

Complesso non vuol dire "molto difficile"²: vuol dire che, per definizione, l'oggetto complesso non è conoscibile *in tutte le sue parti allo stesso tempo* e che il controllo che si può avere su di esso è solo parziale e probabilistico.

Già questo assunto è sufficiente per comprendere il valore relativo del BDMA e, senza ridurne l'importanza, delimitarne la competenza e l'efficacia; e allo stesso tempo si pone il problema di come integrare quel modello.

Mi sento di dire che *Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability* di Mounir Ouzir e Mohammed Errami del 2016 sia praticamente sconosciuto in Italia, mentre sarebbe utile per allargare la visione dell'IRISA (impaired response inhibition and salience attribution), ossatura del BDMA, ad altre dimensioni pur nello stesso ambito paradigmatico (con temi come sistema dopaminergico, sistema decision making, sistema enterocettivo dell'insula, sistema serotoninergico, sistema dell'ossitocina, sistema dello stress: CRF, NA, dinorfina/kor, orexina, vasopressina, vulnerabilità genetica, impulsività).

E purtroppo non è stato tradotto e diffuso in Italia il libro di R. West, *Theory of addiction*, uscito nel 2006 e ampliato con J. Brown nella seconda edizione del 2013.

Questa semplice variabile, la mancanza della traduzione italiana, determina una conseguenza significativa sulla formazione degli operatori delle dipendenze, cioè la non accessibilità di un prezioso (e unico) lavoro di organizzazione sistematica delle teorie sull'addiction: probabilmente sono pochi coloro che hanno potuto studiarlo, come si evince dalle quasi nulle citazioni del testo in Italia.

West organizza le teorie interpretative sull'addiction in diversi cluster, includendo i meccanismi di scelta razionale e di scelta

irrazionale, i problemi di impulso e self-control, le dinamiche motivazionali, gli aspetti cognitivi, l'habit e il condizionamento operante, l'addiction memory e i processi di apprendimento, le diffusion theories (studi sulle popolazioni e i comportamenti sociali), le comprehensive theories (sui comportamenti sociali appetitivi e di consumo).

Al suo lavoro si possono aggiungere ancora alcune specificazioni, come l'approccio psicodinamico (dagli antichi Olievenstein e Bergeret al PDM, psychodynamic diagnostic manual) e soprattutto le neuroscienze affettive sviluppate da J. Panksepp (J. Panksepp e L. Biven, *Archeologia della mente*, 2014; J. Panksepp e K. Davis, *I fondamenti emotivi della personalità*, 2020; M. Zellner, J. Panksepp, M. Solms et al., *Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: Why depression feels so bad and what addicts really want*, 2011) a mio modesto parere, il tessuto interstiziale di un mosaico teorico complessivo.

Naturale completamento dei riferimenti concettuali sono la psicologia evoluzionistica (ad esempio H. Plotkin, *Introduzione alla psicologia evoluzionistica*, 2002; P. Richerson, R. Boyd, *Not By Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, 2004) e le teorie sociologiche e sull'economia della felicità (ovviamente Bauman e Beck, poi Byung-Chul Han, Bartolini, e altri ancora).

West conclude, forse un po' amaramente, ma con ragione, che nel campo dell'addiction non mancano le teorie, ma che ognuna si muove a partire da presupposti propri prescindendo da altri punti di vista, il che ne limita il valore esplicativo; il lavoro di complessificazione della conoscenza non ha riscosso grandi entusiasmi.

La complessificazione è un punto critico per lo sforzo formativo, sia dei docenti (conoscere e tenere insieme diverse teorie) sia dei discenti (faticare per allenarsi ad usare più teorie come strumenti operativi, come tecniche, e non come religioni da professare).

West introduce anche uno spunto finale interessante: propone che l'addiction sia considerata come un costrutto sociale, come un oggetto che esiste in relazione alle rappresentazioni e al consenso collettivi.

In altre parole, essendo l'addiction un oggetto complesso che sfugge alla de-finizione, con implicazioni, influenze in uscita e in entrata (caratteristica dei sistemi complessi di essere aperti allo scambio con l'ambiente) e (pato)plasticità che trascendono i confini di ogni competenza, la sua concettualizzazione non può che essere una funzione del sistema che la definisce.

1c. L'addiction come costrutto sociale

Qui si pone un salto di livello, che ha notevoli ripercussioni sull'ipotetico impianto formativo e sulla selezione dei professionisti dell'addiction³.

L'addiction, su questo tutte le teorie sono d'accordo, anche se lo esprimono in modo diverso, coinvolge il soggetto nelle sue dimensioni più profonde, da quella biologica da una parte (corpo, sopravvivenza), al senso di pienezza e di valore della sua vita individuale dall'altro (memoria, soddisfazione, significato), e ancora al suo essere nel mondo e i rapporti con gli oggetti.

Che sia una spinta corporea, che sia un desiderio, che sia una funzione sociale, l'addiction confronta e si confronta con il senso dell'esserci, dell'essere in vita.

Cioè pone il tema di gestire l'orizzonte della morte, che per tutti, pazienti e terapeuti, toglie radicalmente senso a mete che sembrano tanto importanti se (o perché) rimuoviamo la consapevolezza del termine irrimediabile.

Sul piano sociale, il tema della vita/morte, per quanto poco gradito e quindi poco trattato in modo esplicito e diretto, sottende in realtà ogni sforzo individuale e collettivo: termini come progresso, sviluppo, crescita, benessere non riflettono altro che la (vuota) speranza di immortalità.

Questa non è una digressione pseudofilosofica: è il nucleo centrale di una condizione, come l'addiction, che emula la soddisfazione/gratificazione/piacere/benessere/senso di potenza e calore, evolutivamente utile e "naturalmente" derivante dallo scambio del soggetto con il mondo, nel cortocircuito neurochimico.

L'equivoco e lo scambio "felicità per piacere" è il nucleo dell'addiction, ma è anche il modello culturale della società (occidentale, consumistica) che indica i modi e i valori collettivamente riconosciuti per tacitare l'angoscia della morte (successo personale, benessere economico, potere, affermazione di sé e della propria parte), sostenuti dalla pressione delle istituzioni (scuola, giustizia, sistema di governo), del sistema economico (mercato del lavoro, sistema retributivo e previdenziale), della cultura sociale (valori condivisi, costume, convenzioni); l'addict, in un cortocircuito neurochimico/affettivo, sceglie un suo personale modo di gestire quell'angoscia, modo che incontra la disapprovazione generale.

È a questo punto che si genera la frattura tra stile di vita del singolo e la sua accettabilità collettiva ed è in questa discontinuità che si apre lo spazio, a seconda dei contesti, per la "diagnosi" (quindi il riconoscimento dell'addiction come problema) e, conseguentemente, per la repressione o la medicalizzazione delle scelte individuali.

In questo senso l'addiction è un costrutto sociale: infatti, culture diverse hanno, come è noto, concezioni, tolleranza, reazioni diverse ad un "problema" che non è definito e definibile per "natura", ma che ha profonde radici nel sentire e nel pensare dei popoli.

Non è un aspetto che può essere trascurato nella formazione dei professionisti dell'addiction, perché riemerge costantemente nella pratica clinica: infatti, non è il paziente che deve rispondere alla domanda "perché ti droghi", ma il terapeuta che deve spiegare al paziente "perché lui non si droga"; qui sta l'essenza della cura dell'addiction.

A sostegno di queste ultime affermazioni, invito a fare attenzione, studiando la storia delle vicende dell'Homo (che si autodefinisce) Sapiens, all'intreccio tra uso di droghe e sviluppo del pensiero filosofico (come in A. Paolucci, *Storia stupefacente della filosofia*, 2022), dell'arte, delle religioni (a partire già dal 1912 con Durkheim), dell'economia (strategica l'introduzione delle bevande stimolanti come il caffè e il tè per sostenere i cambiamenti delle rivoluzioni industriali, ad esempio, W. Schivelbush, *Storia dei generi voluttuari*, 2000), delle dinamiche di potere (T. Crasnianski, *Il potere tossico. I drogati che hanno fatto la storia*, 2019) e, soprattutto, dell'attività principale della specie umana: la guerra, che non sarebbe stata e non sarebbe quello che è senza l'uso sistematico e massiccio di stupefacenti, dall'alcol e l'oppio dell'esercito dell'antica Roma alle anfetamine dei nazisti (Pervitin) e degli Alleati (Benzedrina), al Captagon dei terroristi islamici.

Ci sono molti riferimenti in proposito come ad esempio P. Andreas, *Killer high. Storia della Guerra in sei droghe*, 2021; W.

2. Disciplina e cultura

Ho insistito sullo sforzo di comprendere l'oggetto della formazione perché è il passaggio indispensabile di ogni possibile valutazione diagnostica e scelta terapeutica.

La domanda preliminare è "con che cosa abbiamo a che fare".

E come ho cercato di esemplificare in questo breve excursus, affrontare il tema dell'addiction dal punto di vista formativo non è riducibile a contenuti riferibili a una disciplina, ma richiede un approccio culturale.

La differenza sta nella ipotesi di poter ridurre la conoscenza necessaria ad un insieme di norme (nozioni, insegnamenti, protocolli, tecniche, procedure) che vengono racchiuse in un insieme disciplinare, oppure nella convinzione della necessità di un sistema di apprendimento aperto a conoscenze di varia provenienza, alla riflessione sull'esperienza, all'intreccio tra diversi piani e diverse dimensioni, alla consapevolezza e alla familiarità con la complessità.

I pazienti non fanno sconti (la loro gravità è notevole, quindi va alla radice dell'esperienza umana) e richiedono terapeuti solidamente preparati, capaci di muoversi tra problemi diversi che non vengono portati dai pazienti nelle "giuste" sedi e con i "giusti" modi: il sistema di cura deve essere un team ("one team", Fonagy) in cui ogni professionista ha un ruolo, ma conosce e valorizza il ruolo degli altri; non basta la giustapposizione o la multidisciplinarietà, e l'integrazione è un mito che ha ormai mostrato i suoi limiti.

È necessaria una cultura comune, che permetta di collocare il proprio contributo specifico in un contesto di senso comune.

3. Ruolo dei Ser.D. e delle Università

Quanto sopra, spero renda ragione dell'impossibilità di chiudere in uno specifico approccio disciplinare le necessità formative per un professionista dell'addiction e della necessità, invece, di muoversi in un network, aperto e in dinamico mutamento, di stimoli a conoscere e a pensare.

I Ser.D. non sono una entità omogenea, come del resto non lo sono le Università.

Tuttavia, si può dire che, pur con notevoli variabilità locali, i Ser.D. hanno dovuto sviluppare una capacità di confronto e di gestione di un oggetto sconosciuto in una organizzazione che solo recentemente si è gerarchizzata, ma che per molti anni è stata collegiale (l'èquipe) e senza la predominanza della professione medica, caratteristiche che hanno forgiato una cultura unica nel SSN.

Certo, risentono pesantemente sia di pressioni esterne, come la svalorizzazione della loro unità organica multiprofessionale attraverso lo sviluppo di linee autonome ed esterne di comando delle diverse professioni; la compromissione della loro capacità progettuale e della loro filosofia organizzativa attraverso la riduzione a posizioni ancillari in macrodipartimenti; la sottrazione di risorse, aggravatasi durante e dopo il Covid, a dispetto delle dichiarazioni "ne usciremo migliori" (fatto, quest'ultimo, non riguardante solo i Ser.D.) sia di istanze interne individualistiche, laddove più o meno piccole posizioni di potere e possibilità di

carriera catalizzano grandi ambizioni personali, inevitabilmente conflittuali e disgregative.

Tuttavia, ancora adesso (e ancora per un po' di tempo, ma non molto, temo) sono portatori di un approccio culturale unico, da cui il SSN potrebbe imparare molto sul piano organizzativo e di approccio ai pazienti complessi da gestire in sistemi di cura flessibili e in divenire.

Sul versante formativo, mentre le Università potrebbero mettere a disposizione alcune conoscenze disciplinari e soprattutto la ribalta, il tessuto organizzativo e il know-how gestionale dei corsi formativi, la regia dei contenuti e gran parte dei contenuti stessi sarebbe bene fossero svolti dai Ser.D.

Personalmente eviterei di fantasticare su scuole di specializzazione (incardinate dove? Medicina – e lì, dove? Psichiatria, Medicina interna, Tossicologia, ... –, Psicologia, Scienze della Formazione, Sociologia, ... E sostenute politicamente e finanziariamente da chi?) soprattutto perché riproporrebbero dinamiche accademiche deteriori e tenderebbero a chiudere il discorso di ricerca su quello di potere e di lustro personale.

Sosterrei invece l'iniziativa di "creare spazi" attraverso l'accreditamento del proprio curriculum: certo, il "libero mercato" è un rischio, e vedere chi sono, ad esempio, alcuni degli psichiatri e psicoanalisti che hanno spazio sui media, non è rassicurante.

Tuttavia, se il paradigma della complessità guida i nostri passi, forse dobbiamo riconoscere che un po' di disordine offre maggiori possibilità creative e, soprattutto, può aiutare a selezionare i professionisti del settore: che non devono essere "inquadri" in percorsi disciplinari, ma che devono essere stimolati a cercare, pensare criticamente, scegliere, assumersi responsabilità, perché è quello che dovranno fare nella clinica.

Servono di più, alle dipendenze (e alla Sanità), professionisti capaci di apprendere dall'esperienza, metodologicamente ben impostati, aperti e collegati, attivi e interessati, capaci di muoversi su terreni impervi e inesplorati, che non baroni ingessati e obbedienti discepoli.

Questa può essere la funzione dei Ser.D.

Note

1. Non riprendo la discussione sulla terminologia: tossicodipendenza, tossicomania, dipendenza patologica, patologia da dipendenza, addiction, abuso. La ricordo solo come ulteriore conferma della scivolosità dell'ambito concettuale. *Rebus enim novis nova fingenda sunt nomina* (per le cose nuove bisogna coniare nuovi nomi). Capone A., 2020, Paideia n. 75, Cesena.

2. Non insisto sulla distinzione tra oggetto complesso (cum-plexus), cioè oggetto fatto di grovigli, e oggetto complicato (cum-plica), cioè fatto di pieghe e dunque s-piegabile. Ogni organismo vivente, individuale o collettivo (gruppo, società), è per definizione complesso: un sistema aperto in scambio con l'ambiente, resiliente (o, da una prospettiva di cambiamento terapeutico, resistente), in equilibrio al margine, probabilistico, auto-organizzantesi, ologrammatico, in cui gli input esterni innescano reazioni non completamente prevedibili. Queste conoscenze sono preliminari al discorso sull'addiction.

3. La finalità della formazione non può escludere la verifica di ciò che i discenti, che dovranno operare con i pazienti, sono in grado di (hanno le caratteristiche personali per riuscire a) utilizzare delle conoscenze apprese. Questo è un tema delicato ma che un progetto formativo non può eludere, cioè che non chiunque, anche se ha studiato, è adatto a lavorare nelle dipendenze. Un ambito clinico a bassa intensità tecnologica e ad alto impatto relazionale richiede attitudini, motivazioni e consapevolezza decisamente raffinate.