

Editoriale
Position points of FeDerSerD per i Servizi delle Dipendenze (Ser.D.) nella Medicina Territoriale 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Substance use disorders and psychiatric co-morbidity in the public healthcare services of Veneto Region: State of art and epidemiological data
Felice Alfonso Nava, Giulia Bassetti, Maria Bianco, Mauro Filippi, Stefano Kusstatscher, Giuseppe Imperadore, Marcello Mazza, Marco Nuti, Diego Saccon, Francesco Sanavio, Claudio Pileri, Tommaso Maniscalco 8

La valutazione del funzionamento cognitivo in soggetti tossicodipendenti detenuti. Uno studio esplorativo in contesto carcerario
Attilio Cocchini, Giovanni Maria Luca Galimberti, Barbara Pagliari, Simona Mennuni, Luca Milanese, Rosario Privitera 12

Infection diseases in the prisons: a public health warning. Priority action to protect general community
Felice Alfonso Nava, Loreta Kondili, Lucia Craxi, Valentina Grigolin, Annamaria Cattelan, Francesco Paolo Russo, Alfredo Alberti 18

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'organizzazione della UOC Ser.D. di Catanzaro nell'emergenza Covid-19 nell'anno 2020
Maria Giulia Audino, Carla Sorrentino, Giovanni Lomanno, Gregorio Viscomi 35

La camaleonticità delle addictions tra territorio e carcere. L'esperienza presso i Servizi per le Dipendenze della ASL Caserta
Andrea Valdevit, Rosanna Maglione, Pasquale Iannotta, Roberto Malinconico, Lilia Nuzzolo 38

LE RUBRICHE

Contaminazioni Guerra e Pace
Maurizio Fea 4

La Finestra Le cose sporche (I)
Luca di Sanseverino 6

Poetry Corner
Enzo Lamartora 7

RECENSIONI

FeDerSerD/FORMAZIONE

Percorso formativo di Specializzazione nell'Area delle Dipendenze Patologiche per professionisti under 40 e neo assunti nel sistema di intervento italiano delle Dipendenze 49

I 20 anni di FeDerSerD: un ponte verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio 51

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Regolamento per la elezione del Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD per il triennio 2022-2025 54

NOTIZIE IN BREVE

2, 5

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

Position points di FeDerSerD per i Servizi delle Dipendenze (Ser.D.) nella Medicina Territoriale

Il Consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD e la Assemblea nazionale il giorno 7 giugno 2022 hanno approvato a Roma con voto unanime i seguenti 10 punti.

Gli impegni e le priorità di FeDerSerD sono le riforme normative, la definizione di modelli e di percorsi all'interno della medicina del territorio, la definizione degli standard del personale, la cura dell'impatto del PNRR per i Ser.D.

1. Multidisciplinarietà

I Ser.D. sono servizi multidisciplinari collocati all'interno del SSN e si collegano in rete con tutte le articolazioni territoriali e ospedaliere presenti a livello delle Aziende Sanitarie.

Bisogna andare oltre il DPR 309/90.

2. Le Dipendenze e le Patologie correlate

I Ser.D. promuovono le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione di tutte le forme di dipendenza patologica e garantiscono il management delle patologie correlate.

Operano con una visione unitaria della presa in carico.

3. I Setting assistenziali e l'accesso alle cure

I Ser.D. indirizzano, gestiscono e coordinano la presa in carico della persona con dipendenza patologica in maniera pro-attiva nei diversi setting assistenziali della medicina del territorio.

I setting assistenziali sono centrali nella promozione dell'accesso alle cure.

• Presentazione

Alfio Lucchini

• Cartof Fierbinte – La Patata bollente! I confini tra competenze sociali e sanitarie e tra clinica e riabilitazione

Teo Vignoli, Miriam Savarese, Michela Tazzini, Stefano Aringhieri, Paola Avveduti, Giorgia Bondi, Monica Bosi, Simona Brunetti, Luigi Caputo, Gaetano Cerreto, Luigi De Donno, Sabrina Ferroni, Daniela Forlano, Giuseppa Ghetti, Cinzia Ghidoni, Daniele Innocenti, Giovanna Maria Latino, Mirta Malpassi, Andrea Martini, Elisa Martino, Antonella Monti, Angela Piovani, Federica Righi, Barbara Rossi, Maria Caterina Staccioli, Edoardo Cozzolino

• L.M.: Un caso difficile? La polidipendenza in comorbidità con disturbo psichiatrico

Lilia Nuzzolo, Anna Loffreda, Giovanni Di Martino

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VIII, n. 33

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. 57

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); 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: Fe Der Ser D

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 3.0 Italia (CC-BY-NC-ND 3.0 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/3.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano
Poste Italiane s.p.a. - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 15 luglio 2022

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>



4. *PDTA e reti cliniche*
I Ser.D. sono organizzati in équipe multidisciplinari specialistiche che lavorano all'interno di percorsi strutturati e integrati per reti cliniche. PDTA e reti cliniche sono strumenti delle équipe multidisciplinari.
5. *Percorsi facilitati e integrazione delle cure*
I Ser.D. promuovono la realizzazione di percorsi facilitati per favorire l'accesso alle cure delle persone con dipendenza patologica, anche in co-morbidità e per favorire l'integrazione multi-specialistica.
6. *I Ser.D. come Hub del sistema d'intervento*
I Ser.D. rappresentano gli hub del sistema d'intervento su cui costruire le politiche sanitarie sul territorio e sono riferimento per la continuità terapeutica degli interventi di residenzialità ospedaliera e extra-ospedaliera. I Ser.D. quindi come cabina di regia delle politiche sanitarie sul territorio e riferimento per la continuità terapeutica e la gestione della cronicità.
7. *I LEA e l'integrazione socio-sanitaria*
I Ser.D. garantiscono i LEA e svolgono le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno in integrazione socio-sanitaria con i Comuni, il privato sociale e il terzo settore all'interno delle cornici normative nazionali e regionali di riferimento. I LEA sono garantiti in integrazione socio-sanitaria con la centralità dei Ser.D.
8. *Gli standard del personale*
I Ser.D. necessitano di standard del personale adeguati ai bisogni di cura attuali con una previsione di incremento di 2/3 del personale come attualmente indicato dal DM 444/90 (35% da subito sulle dotazioni attuali).
Se il DM 71 è stato un appuntamento mancato, nuove norme sono ineludibili.
9. *Evidenze scientifiche e outcome di efficacia*
I Ser.D. operano secondo le evidenze scientifiche e i criteri di efficacia, efficienza e sicurezza delle cure.
L'utilizzo delle risorse deve essere indirizzato verso i percorsi basati sulle evidenze scientifiche e per gli interventi con provata efficacia negli esiti.
10. *Tecnologia e Telemedicina*
Tecnologia, sistemi informativi e telemedicina sono strumenti di sviluppo per la qualità dei Ser.D.
Da questo punto di vista l'impatto del PNRR nei processi e nei percorsi dei Ser.D. è un percorso ancora indefinito.

NOTIZIE IN BREVE

***** XI CONGRESSO NAZIONALE
I 20 ANNI DI FEDERSERD
UN PONTE VERSO IL FUTURO
PER I SERVIZI DELLE DIPENDENZE
E PER LA MEDICINA
DEL TERRITORIO

Roma
28-29-30 settembre 2022
Centro Congressi Holiday Inn
Roma Parco Dei Medici
Congresso ECM Residenziale

XI CONGRESSO NAZIONALE

Premio 20 anni FeDerSerD

FeDerSerD 20 anni
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

In occasione dei 20 anni di attività viene istituito un Premio al miglior lavoro E-poster che verrà premiato con una targa e un riconoscimento in denaro di 1.500,00 euro. La premiazione avverrà nella sessione di chiusura del Congresso Nazionale FeDerSerD del 28-29-30 settembre a Roma.

Per partecipare seguire le info CALL for ABSTRACT sul sito congressonazionale.federserd.it

EXPOPOINT
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi

Tel. 031 748814
federserd@exppoint.it
www.exppoint.it



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>

Contaminazioni

Maurizio Fea

Guerra e Pace

Per capire perché è scoppiata la guerra ed è così difficile trovare un accordo che faccia tregua e magari possa generare pace, salite in auto e fate un giro in città o tangenziale rispettando i limiti di guida (velocità, segnalatori di direzione, divieti di sorpasso, precedenza, insomma comportatevi da persone civili).

Nella migliore delle ipotesi sarete oggetto di segnalazioni luminose o sonore, qualche sorpasso azzardato, nella peggiore sarete oggetto di gesti sgradevoli e visibili da altrui abitacoli e magari qualcuno vi taglierà la strada costringendovi a brusche frenate.

Se non volete o potete andare in auto provate a pensare all'ultima riunione di condominio cui avete partecipato per modificare alcune regole condominiali, adottare nuovi criteri di ripartizione delle spese, acquisto nuova caldaia o altro di comune interesse.

Luca Cavalli Sforza, famoso genetista delle popolazioni, definisce gli umani "la specie prepotente" per caratterizzare i rapporti che essa intrattiene con il resto del mondo vivente e silente.

Prepotente secondo Enciclopedia Treccani è colui che è dotato di grande forza e potere: dominante, egemonico, possente, (*lett.*) prepossente; persona, che tende a imporsi a ogni costo sugli altri, anche con atti di prevaricazione.

Ciò che vale per l'individuo vale anche per le popolazioni, si manifesta nello stesso modo, ha le stesse ragioni?

Gilberto Corbellini recentemente ha ricordato su *Huffington Post* come i nostri antenati avevano sviluppato delle strategie sociali per valutare l'utilità di scatenare una razzia, strategie che tenevano conto dei rischi e dei benefici immediatamente percepibili, e avevano dei sistemi per prevenire i conflitti come gli scambi economici che generano fiducia tra estranei.

Da un certo momento in poi, le comunità umane sono diventate stati, e quello che sembrava funzionare all'interno di gruppi con poche decine o centinaia di persone ha smesso di funzionare quando milioni di persone si sono organizzate in nazioni e religioni che si differenziano sul piano dei valori o delle economie.

Dunque si tratta anche di una questione di scala, di ordini di grandezza che possono influire sulla applicabilità dei costrutti teorici ai piani di realtà, un po' come per la fisica meccanica e la fisica quantistica?

La nostra mente tribale è ancora quella di diecimila anni fa, pronta a fare la sua parte quando le condizioni lo rendono possibile o necessario secondo i punti di vista, e questo sembra valere per i singoli e per il gruppo che

si aggrega intorno ad affinità economiche, valoriali, affettive, rispetto alle quali il numero diventa un fattore decisivo.

Tuttavia non si può negare che in diecimila anni alcune cose siano cambiate: la cura, il rispetto, l'altruismo, la simpatia, la compassione, sono valori umani reali e auspicabilmente universali, ma sono universali anche l'inganno e l'autoinganno, l'onore, la xenofobia, l'aggressività, la disumanizzazione.

Non è che dicendo che questi sono male, e gli altri bene, abbiamo riscritto il nostro programma genetico della specie.

Il tema è quello dei valori e della cultura che li produce e allo stesso tempo ne viene influenzata e sono questi gli strumenti di cui disponiamo per riorientare e col tempo anche modificare forse i programmi genetici che regolano lo sviluppo e le manifestazioni delle nostre idee e dei nostri comportamenti.

Affermare che si ripudia la guerra come strumento di risoluzione dei conflitti non consente di affermare che l'aggressività è cancellata per decreto.

È una lodevole scelta culturale ma è solo un pezzo di una faccenda molto più complicata che richiede altre operazioni ben più difficili da realizzare e con tempi decisamente più lunghi.

Secondo il Webster Dictionary cultura è l'insieme dei comportamenti umani e dei loro prodotti, intesi come pensieri, parole, azioni, manufatti e dipende dalla capacità dell'uomo di acquisire le conoscenze che li rendono possibili e di trasmetterle alle generazioni successive.

Al ripudio formale della guerra non è seguito ancora la produzione di azioni e manufatti che vadano nella stessa direzione, siamo rimasti per lo più alle parole e ai pensieri, senza contare che questi andrebbero comunque condivisi anche con quella parte di umanità che ha mostrato fino ad ora poca propensione ad accogliere questi indirizzi.

Azioni e manufatti in generale, osservando come si muovono mercato e finanza, sono ispirati più dalla amigdala e dall'ipotalamo, che dalla corteccia prefrontale, di più recente formazione evolutiva e deputata alla ragione che deve comunque fare i conti con le emozioni prodotte dai precedenti.

Le automobili sono vendute non solo come mezzo per spostarsi da un luogo ad un altro, ma anche come manufatti che permettono di mostrare ed esibire potenza, ricchezza, e quando serve anche aggressività, quindi perché

meravigliarsi se poi alcuni automobilisti si comportano pensando di avere in mano uno strumento di potere più che un mezzo di trasporto, che va anche periodicamente rinnovato per poter assolvere efficacemente la funzione di portavoce della amigdala e delle strutture mesolimbiche correlate.

Il modello di sviluppo operante in buona parte del mondo viene associato alla nascita delle società liberali ed a quei valori che però sono figli più dell'illuminismo che della rivoluzione industriale, dimenticandosi, grazie anche a questa presunta associazione, che il motivo per cui alle parole sono seguiti pochi fatti nella direzione di ripudiare la guerra come strumento di risoluzione dei conflitti dipende in gran parte dal ruolo esercitato da questo modello di sviluppo e dall'assunto che ne legittima l'espansione come "modello utile per la specie prepotente". Tutto troppo armonizzato con l'idea che l'uomo è al centro dell'universo e perciò può rivendicare e disporre a suo piacere delle sue risorse a danno di chiunque altro lo abiti o lo potrebbe abitare in futuro.

I manufatti che questo modello di sviluppo propone al mondo – non parlo di aerei o carri armati- ma di telefoni e accessori vari pensati per rendere la vita sempre più agevole e comoda contengono nella loro ontologia l'idea di potenza oltretutto quella di utilità.

Purtroppo il governo della propria potenza come condizione di vita ben realizzata sembra essere ancora alquanto lontano dagli interessi di buona parte della umanità, sia che lo voglia misurare su scala individuale che su scala di specie e dunque perché meravigliarsi se è difficile trovare accordi in ambito geopolitico piuttosto che condominiale. Riconoscere che la cura, il rispetto, l'altruismo, la simpatia, la compassione, sono valori umani reali e sono universali, ma sono universali anche l'inganno e l'autoinganno,

l'onore, la xenofobia, l'aggressività, la disumanizzazione è il punto di partenza di riflessioni che non si limitano a confrontare principi, ma guardano senza pregiudizi ad azioni e manufatti che riguardano la vita di tutti i giorni della maggior parte degli umani.

La convivenza indissolubile tra queste polarità valoriali non è un nodo gordiano, non si può tagliare ma occorre prenderne atto e capire da quale punto si può cominciare ad allentare la stretta che consente con una certa facilità, di passare da una polarità all'altra semplicemente pigiando il bottone della giusta emozione.

Il nodo si scioglie con lavoro paziente, tenace, onesto, per poter arrivare un giorno a dichiarare espulsa la guerra dal nostro mondo, analogamente a quanto è necessario fare per contrastare l'irreversibilità del cambiamento climatico. Guerra e deserto sono infatti figli degli stessi genitori: potenza incontrollata e avidità che sorvegliano come antiche divinità i miliardi di interpreti che si agitano sulla terra, e che hanno perso la capacità di distinguere quello che è necessario da ciò che è superfluo, trastullandosi con milioni di manufatti e di servizi più o meno utili, che ci fanno sentire intelligenti e potenti.

Da qui bisogna cominciare il ragionamento, prima di occuparsi di aerei e carri armati, usati come strumenti e garanzie per poter disporre a volontà degli altri manufatti. Nel frattempo si potrebbe evitare di alimentare le amigdale e gli ipotalami di milioni di persone inducendo risposte collettive e individuali che rinforzano paura, aggressività e disumanizzazione, ricordando ed assumendo individualmente ad esempio che gentilezza, cortesia, rispetto, sono accessori non compresi nell'acquisto dell'auto che solo il guidatore/proprietario può mettere a bordo, ma sono accessori che fanno la differenza tra avere delle competenze come quelle di guidare un'auto, ed avere comprensione di ciò che si sta facendo.

NOTIZIE IN BREVE

I 20 anni di FeDerSerD. Un ponte verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio

L'8 giugno 2022 al Centro Congressi Roma Eventi Fontana di Trevi si è tenuto un convegno preparatorio dell'XI congresso nazionale di FeDerSerD.

La pandemia da Sars-CoV-2 ha segnato una svolta anche nell'organizzazione dei sistemi sanitari che si riflette anche nel modo di interpretare i bisogni di cura e di salute dei consumatori di sostanze. Nuovi modelli organizzativi si affacciano anche per i Ser.D. che chiedono finalmente una forte integrazione con la medicina territoriale del futuro nel quadro di un più sempre forte commitment per quanto riguarda l'importanza del raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica.

La giornata ha tracciato e rappresentato i temi fondamentali della nuova organizzazione dei Ser.D. e definito l'impegno di FeDerSerD, che dura da 20 anni, per creare un solido ponte fra il passato e il futuro dei Servizi a garanzia di una integrazione e sviluppo del sistema con la medicina del territorio.

Il parterre comprendeva politici, dirigenti delle istituzioni, docenti universitari e dirigenti di istituti di ricerca, oltre a professionisti dei Servizi di tutta Italia.

Oltre che un aggiornamento delle emergenze cliniche del settore, le relazioni hanno permesso di fare il punto su rilevanti aspetti istituzionali, quali i lavori per il Piano di Azione Nazionale Dipendenze, una panoramica della medicina del territorio nel PNRR, dall'accesso alle cure agli interventi di prossimità alla integrazione e reti cliniche fino al posizionamento dei Ser.D.

Componenti del Direttivo nazionale FeDerSerD si sono soffermati su alcuni topics: governance e legislazione; organizzazione dei Servizi; innovazione clinica e organizzativa; formazione. Infine è stato presentato il position paper dei Ser.D. nella medicina territoriale a cura del Presidente Nazionale e del Direttore del Comitato Scientifico della Federazione.

La Finestra

Luca di Sanseverino

La rubrica "La Finestra" è uno spazio riservato ai contributi, alle osservazioni, alle storie narrate in prima persona da chi si è trovato a frequentare i servizi per le dipendenze a causa dei propri problemi di salute.

Molti sono coloro che amano scrivere e che attraverso il linguaggio della prosa e delle poesie riescono ad esprimere compiutamente ciò che a voce può essere fonte di disagio o fatica.

Mission pensa che questo spazio possa essere prezioso sia per gli autori che per i professionisti che leggono la rivista e quindi lo propone con l'intento di sperimentare nuove forme di approfondimento e di confronto.

Le cose sporche (I)

Penso che, nel loro modo di vedere le cose, i bambini suddividano il mondo in coppie antinomiche di categorie. Per esempio, in "cose divertenti e noiose", "persone simpatiche e antipatiche", "persone serie e persone con le quali si può scherzare".

Una delle più vaste e più interessanti è la suddivisione della realtà in "cose pulite" e "cose sporche".

Le cose pulite sono la scuola, l'aspetto delle persone al di sopra dei vestiti, il mangiare, lo sport.

Appartengono invece, per esempio, al molto più vasto e complesso mondo delle cose sporche gli escrementi, le modalità con cui essi vengono prodotti da uomini ed animali, ma soprattutto la vasta e misteriosa realtà della vita sessuale: come sono fatti gli organi maschili e femminili? E perché? Che relazione c'è fra questi organi e il concepimento dei figli? E fra questi organi, il piacere e l'amore fisico?

E, infine, perché i "grandi", cioè gli adulti, normalmente non parlano di cose sporche (se non in particolari circostanze) e perché vietano ai bambini di parlarne o li puniscono se lo fanno? E perché le cose sporche fanno ridere? E perché sono soggette allo scherzo? Perché, in altre parole, il mondo delle cose sporche confina e talvolta si sovrappone al mondo del comico?

Gli interrogativi, come si vede, sono vasti e complessi, ma ciò si può spiegare con il fatto che le relazioni fra le cose sporche e la psiche umana non sono ancora del tutto chiare neanche alla cultura degli adulti.

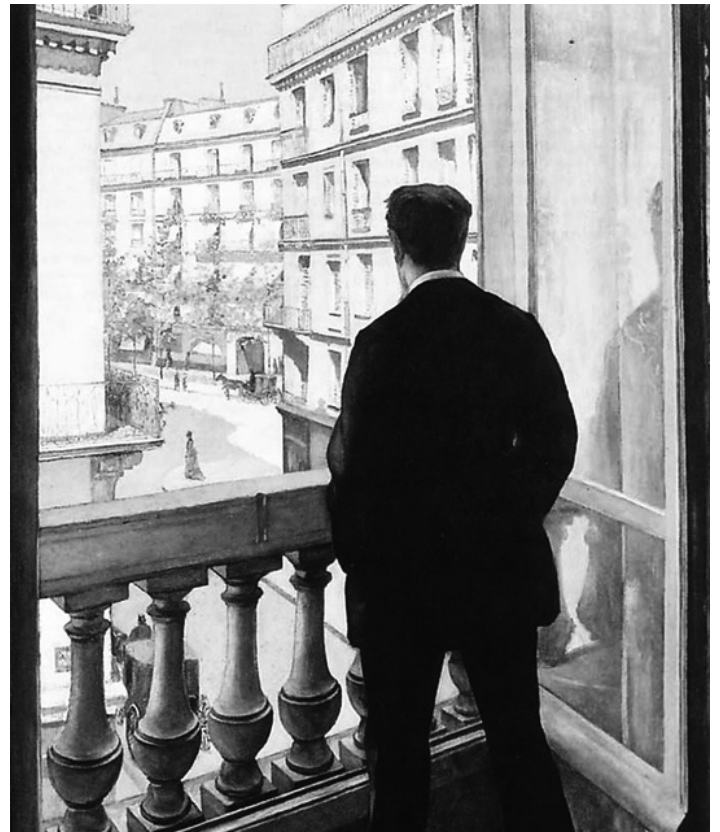
La sessuologia è una disciplina relativamente giovane, non da tutti riconosciuta come "scienza" e si dirama in vasti filoni, spesso in contrasto fra loro e basati su fondamenti di natura diversa.

Il fatto che l'ignoranza e l'imbarazzo su temi come la nudità e le pratiche sessuali sopravvivano nell'immaginario degli adulti contribuisce a tessere quel velo di reticenza e omertà che padri e madri stendono su escrementi, sesso, piacere e amore. Generalmente le domande o le battute su argomenti "sporchi" sono eluse e spesso punite dagli adulti.

Che ricordi ho della mia cultura sessuale di bambino? La visione accidentale e incompleta degli organi sessuali degli adulti mi spingeva a cimentarmi nella loro rappresentazione grafica, spesso grottescamente alterata in maniera consapevole o inconsapevole. Ricordo di aver allestito (verso i dodici anni) con mia sorella, sul retro di un grande pannello di truciolato, una mostra di disegni di tutti gli organi sessuali dei partecipanti a una riunione di condominio. Ciascuno di noi sosteneva che la sua opera fosse frutto (grazie a una finestra semiaperta) della visione diretta dei poveri condomini alle prese col water, ma posso essere ragionevolmente certo che quegli organi fossero frutto dell'elaborazione dell'immagine delle proprie parti anatomiche o di qualche raffigurazione libresco.

Il pannello non determinò eccessivo scandalo. Mia nonna ci disse che eravamo degli sporcaccioni che pensano sempre alle stesse cose e forse ci fu anche qualche dissimulato sorriso.

Una volta intuita l'esistenza di una misteriosa attrazione dei maschi per gli organi sessuali femminili e viceversa, la cosa più inquietante del mondo delle cose sporche è che esso coesistesse subdolamente col mondo delle cose pulite.



Era sconcertante pensare che medici o ingegneri dall'eloquio raffinato, dall'abbigliamento austero potessero desiderare un contatto fisico con le parti intime del corpo femminile. Come poteva un mondo fatto di occhiali cerchiati d'oro, di gesti misurati e composti e di discorsi seri aspirare al contatto con la carne, con la peluria intima (il massimo del disgusto e dell'orrore) con le secrezioni degli organi femminili? E, ancora di più, come potevano le giovani eleganti signore, le mature professoresse e dottoresse ambire a una interazione col grottesco e brutto membro virile?

C'era qualcosa che non quadrava. Troppa era la dissonanza fra le apparenze della vita sociale e le apparenze della vita sessuale. Non riuscivo a immaginare me stesso o il direttore della banca alle prese con un nudo, caldo e umido ventre femminile. Meno ancora riuscivo a immaginare l'organo maschile a contatto con mani femminili.

Si può dire che vi fosse una incompatibilità di archetipi: l'archetipo del padre, del professionista, del maestro non era sovrapponibile a quella del maschio intento alle pratiche sessuali.

Analogamente l'archetipo della madre, delle severe zie, delle maestre non era sovrapponibile a quella dell'amante, desiderosa del corpo maschile.

Meno spiccate erano queste incompatibilità fra persone di ceto inferiore: immaginare un operaio che frugasse fra le vesti femminili era un po' (ma solo un po') più facile che immaginare un professore nella stessa situazione.

Forse la dualità "cose pulite/cose sporche" non è stata ancora sufficientemente indagata, forse non è ancora ben definita nella psiche e nella cultura della maggioranza delle persone di ogni livello sociale.

Forse tale dualità confina col mistero della nascita della Vita, con cose che inquietano da sempre la nostra identità e non saranno mai comprese o accettate del tutto.

E perché le cose sporche spesso generano il riso?

La comicità nasce spesso dall'intersecarsi di piani della realtà diversi o incompatibili.

Perché stupirsi quindi se il bambino immagina l'elegante avvocato che fa la cacca fumandosi una sigaretta?

Perché stupirsi se l'operaio (con una punta di invidia) si fa grasse risate immaginando l'obeso datore di lavoro alle prese col ventre della bella moglie?

Perché meravigliarsi se, leggendo questo scritto, qualcuno lo strappa in pezzi evocando quello sporcaccione immaturo dell'autore, mentre qualcun altro sorride bonariamente pensando all'infanzia perduta e al senso della vita?

Iniziamo con questo numero una rubrica di poesia, curata dal nostro collega e dirigente della Federazione Enzo Lamartora.

Poetry Corner

Enzo Lamartora

CON TE AMORE NON È STATO

Nessuno di noi due sapeva cosa vuol dire amore
E oggi dopo vent'anni insieme
Ancora continuiamo a non saperlo

Tu dici che non saresti rimasta con me
Se non avesse funzionato a letto... lo dico
Che ci son tre cose che so fare sempre: guidare
Curare il giardino e terzo...

Ammettilo i numeri più banali questi
Non sono (lo so anche) Che io possa annusarti
Vederti sentirti toccarti questo è
Stare a letto con te piede contro piede mentre

Tu mangi uva mele cioccolato
E non guardi altro che rotocalchi
Finché non hai più voglia di mangiare
Spegni la luce in un lampo ti addormenti...

La vicinanza di te dell'altro questo è
La confidenza con te sempre ancor straniera
L'intima conoscenza dell'altra faccia
Nell'esserci di ogni giorno maturata

Della medaglia splendente che tu
Non d'oro ma di verse carne
Per tanti altri sei stata (sempre sei)
E anche per me...

Cos'è amore! Un "concetto"

Così ridevolmente precario per fabbrica-pensieri
In calore parolai di professione
Pieni di segreti! A noi basta
Sentire il segreto dietro l'assenza

Di segreto A noi basta
Presagire (Non sapere) la realtà dell'apparenza
Di essere l'uno nell'altro protetti per un poco
E non nei secoli dei secoli...

Cos'è amore?

Da **Hans Raimund - Stanze di un matrimonio** a cura di Augusto Debove, Mobydick, Faenza, 1997. Hans Raimund (1945, Petzelsdorf) è uno scrittore e traduttore austriaco. Ha studiato musica, inglese e germanistica presso l'Università di Vienna. Ha vissuto e insegnato a Duino (Trieste). Tra le sue opere in versi: *Già zone, Il lungo aspetto paziente, Stanze di un matrimonio, Mi vesti di luce, Ritratto con cappello, Lui balla / improvvisa.*

Enzo Lamartora è nato a Napoli nel 1965. Si è laureato in medicina e specializzato in psicoanalisi. È membro dell'Ufficio di presidenza di FederSerD. Ha studiato teatro a Roma e collaborato con A. Liguori e R. Carpentieri. Dal 2002 al 2009 ha diretto la rivista di arti, culture e rifles-

("Variazione 1")

"VENT'ANNI! LA NOSTRA CANDELA
Brucia ancora!" – "È quasi sempre bruciata
Da una parte sola..."

Una volta nei giorni sciroccosi
Di un inverno proprio
Non m'importava

A chi e dove io appartenessi
Bruciava la "nostra candela" allora
Per tutta una mesa nera

D'ambo le parti di fulgida
Fiamma poeticamente blu!... Tu
Disturbato leone nella tua

Pace con forza vi ponesti
Fine non si fa di una mosca
Un elefante

Ma di me una chiocciola: spegnesti
Tra due dita bagnate di pianto
Una delle due fiamme

Accorciasti una volta per tutte Il folle stoppino...
E la cosa è poi
Finita lì... Vent'anni
La nostra candela brucia ancora di fulgida
Fiamma poeticamente rossa

sioni "Passages", su cui ha tradotto *La Confessione*, di A. Adamov, *L'Infinito*, di P. Sollers, *Persefone*, di G. Ritsos. Ha pubblicato con l'editore *Crocetti i volumi di poesie Nel corpo tuo rimorso (2002) e La dimensione della perdita (2016)*. Per l'editore *La Vita Felice ha pubblicato i volumi di poesie It Was (2017) e Disamore (2021)*. Sue opere sono apparse negli Stati Uniti con la traduzione di Michael Palma: *The Autumn of love, Gradiva Publications*, e *It Was, Estrin Publication*. Il volume *La dimensione della perdita* è stato tradotto in tedesco col titolo *Das ausmass des verlusts* da Hans Raimund, per l'editore *Verlag Locker*. In pubblicazione il volume di poesie *Attendersi di là, Aracne editrice, Milano 2022*.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Substance use disorders and psychiatric co-morbidity in the public healthcare services of Veneto Region: State of art and epidemiological data

Felice Alfonso Nava*, Giulia Bassetti*, Maria Bianco^o, Mauro Filippi[^], Stefano Kusstatscher[§], Giuseppe Imperadore^{**}, Marcello Mazzo[♦], Marco Nuti[♣], Diego Saccon[♣], Francesco Sanavio^{oo}, Claudio Pilerci[®], Tommaso Maniscalco*

SUMMARY

■ *Italy has two different public healthcare services taking in care patients with dual diagnosis: (1) the mental health services (Centri di Salute Mentale – CSM) and (2) and the drug abuse services (Servizi per le Dipendenze – Ser.D.).*

We collected and analyzed data regarding the frequency of the co-morbidities in Veneto Region during 2019. Our study shows that only the 1% of the patients in treatment in the mental health services and the 8.7% of those in drug abuse services are recognized as dual diagnosed subjects. In drug abuse services the most frequent substance use disorders (SUD) correlated with a psychiatric disease were the alcohol and opioids use disorders, while the most prevalent psychiatric disorders associated with a SUD were the personality disorders and the schizophrenia, schizotypal and delusional disorders.

Our data indicate that the diagnosis of co-morbidity should be improved in both services and that integrated programs between the above services should be developed to improve the best practices. ■

Keywords: *Dual diagnosis, Substance use disorders, Co-morbidity.*

First Submission: 31/12/2021, accepted: 08/06/2022, available online: 29/07/2022

Introduction

The dual diagnosed patients are subjects that are affected by a substance use disorder (SUD) and a mental health disease. This condition is also well known as co-morbidity.

* Unit of Mental health and prison health care, Health care programming service, Health and social area, Veneto Region, Venice.

^o Department of Mental Health, Public health service “Azienda ULSS 3 Serenissima”, Venice.

[^] Public health service “Azienda ULSS 4 Veneto Orientale”, San Donà di Piave, Venice.

[§] Public health service “Azienda zero”, Padua.

^{**} Department of Mental Health, Public Health service “Azienda ULSS 9 Scaligera”, Verona.

[♦] Public health service “Azienda ULSS 5 Polesana”, Rovigo.

[♣] National Agency for the regional health services (AGENAS), Rome.

[♣] Department of Drug Abuse, Public health service “Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, San Dona di Piave, Venice.

^{oo} Health care and Drug abuse unit, Public health service “Azienda ULSS 6 Euganea”, Padova.

[®] Health care programming service, Health and social area, Veneto Region.

In Italy, as in most countries, patients with SUD and mental illnesses are managed separately from the drug abuse services (in Italy so called Servizi per le Dipendenze – Ser.D.) and the mental health services (in Italy so called Centri di Salute Mentale – CSM). Moreover, most of both services are not well integrated, implying a reduction in effectiveness (Murthy *et al.*, 2019).

In Italy there is no recent and systematic epidemiological data on dual diagnosed patients. Internationally, the prevalence of substance use disorders in the general population is between 7.4% and 14.3% (Grant *et al.*, 2004; Merikangas *et al.*, 1998; Merikangas & McClair, 2012; SAMSHA, 2018). The literature has also shown that SUD are often associated with other psychiatric diseases. The US National Co-morbidity Survey (NCS) has found that the 51.4% of people with a lifetime alcohol or drug use disorder also met criteria for at least one lifetime mental disorder (Kessler *et al.*, 1996; Kessler, 2000). Another study has shown that the 42.7% of persons with alcohol-drug disorders have also a mental disorder (Kessler, 2004). A recent Italian study conducted in a rural area of Liguria Region has shown that the patients with dual diagnosis in drug abuse services are 24% and of them only the 46.1% have been treated with an integrated program (Milano *et al.*, 2019).

Data from the Italian population showed that during 2019 the patients with a SUD in treatment in drug abuse services affected by a dual diagnosis are 5.9% (Relazione al Parlamento, 2021), a data that may be underestimated. Of them the 14.3% suffered of schizophrenia and correlated conditions, the 0.9% from mania and bipolar disorders, 3.1% from depression, 15.1% from neurotic and somatoform syndromes, 63.5% from personality disorders, 0.8% from dementia, 1% from mental retardation, and 1.4% from other mental diseases (Relazione al Parlamento, 2021).

The Italian literature has also shown that the drug users with dual diagnosis are strictly correlated with the self-medication theory, especially for the patients affected from schizophrenia or anxiety disorders (Maremmanni *et al.*, 2011).

The main aim of this study is to analysis the phenomena of dual diagnosis in the mental health and drug abuse services of Veneto Region.

Data collection

The public healthcare system in the Veneto Region delivers its service through 9 health care districts called Aziende Unità Locali Socio-sanitarie (AULSS), each of them has at least one mental health service (Centro di Salute Mentale – CSM, that are the territorial care centers part of the Department of Mental health) and one drug abuse service (Servizio per le Dipendenze – Ser.D.). Both healthcare services use to diagnose mental illnesses through the ICD-10 coding system.

Dual diagnosis was defined as the co-morbidity of a substance use disorders (SUD) (ICD-10 code F10 to F19) with a severe mental illness (SMI) as defined by the following ICD-10 codes:

- (1) F20 to F29, schizophrenia, schizotypal and delusional disorders;
- (2) F32 to F33 and F34.1, depressive disorders;
- (3) F30 to F31, F38-39 and F34.0, F34.8, F34.9, bipolar affective disorder;
- (4) F60 to F69, personality disorders;
- (5) F50, eating disorders.

Our data were obtained from a regional epidemiological survey promoted in 2019 between mental health (CSM) and drug abuse services (Ser.D.) during the development of the regional clinical procedures for the management of dual diagnosed patients (Decree of the Director of health and social area, Veneto Region, n. 96, 16 September 2020).

The data were obtained from the electronical clinical records of the mental health (CSM) and drug abuse services (Ser.D.) of Veneto Region and they were referred to the patients taking in care from both services on 31 December 2019.

Results

In Veneto Region during the 2019 the patients taken in care from mental health (CSM) and drug abuse services (Ser.D.) were 67,038 and 15,275, respectively. The subjects with co-morbidities were 2,024 and their characteristics are shown in Table 1. In particular, the data indicate that only the 1% and 8.7% of the patients in treatment in mental health and drug abuse services, respectively were recognized as dual diagnosed subjects (Table 1).

Tab. 1 - Number and characteristics of dual diagnosed patients in Veneto Region

	Mental health services (CSM)	Drug abuse services (Ser.D.)
Patients in treatment	67,038*	15,275*
Dual diagnosed patients	695	1,329
Male to female ratio	2.12: 1	2.42:1
Age range	14-83	15-86
Number of SUD diagnosis per patient	1.09	1.02
Number of psychiatric diagnoses per patient	1.06	1.04

* The number of patients may contain some bias being data reported by the health services and not recorded by an unique regionale electronical database.

In drug abuse services (Ser.D.) the most frequent substance use disorders (SUD) are those correlated with alcohol, opioid and cocaine use, while the most prevalent psychiatric disorders are represented from personality disorders and schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Table 2). Interestingly, in mental health services (CSM) the most prevalent SUD are those correlated with alcohol, polydrug use, and cannabinoids (Table 2).

Consistently, in drug abuse services (Ser.D.) the most prevalent diagnoses of SUD are those correlated with alcohol, opioids and cannabinoids use, while for psychiatric disorders the most common are those represented from the personality disorders and schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (Table 3). Interestingly, in mental health services (CSM) the patients with opioid use disorders are less represented (Table 3).

There are no clear data on the prevalence of SUD in the Italian population. At this regard the literature indicates that the prevalence of SUD in general population may be in the range of 7.4-14.3% (SAMHSA, 2018).

There are in Veneto about 4,800,000 living people (Regione del Veneto dati ISTAT, 2019). Considering the SUD prevalence, as suggested from SAMSHA (2018), we may expect to have in Veneto Region at least about 355,200 persons that may meet the diagnostic criteria for any SUD (Table 4). On the contrary, in Veneto Region the patients in treatment in the drug abuse services are only 15,275.

The national report at Italian Parliament on drug use shows that the patients in treatment in the drug abuse services are 125,428 persons (Relazione al Parlamento, 2021). In accord with the lower SAMHSA prevalence of SUD we may expect to have in Italy at least about 4 million of drug users. These data suggest that at nation level the drug abuse services are intercepting only the 3.4% of the persons with a SUD. A data that is coherent with the prevalence of drug users intercepted by drug abuse services in Veneto Region (Table 4).

Regarding the psychiatric co-morbidity the literature suggests that the prevalence of dual diagnosis is 3.7% and 1.3% for any and for the severe mental illnesses (SMI), respectively (SAMHSA, 2018). Considering these epidemiological data, we may expect to have at least in Veneto Region about 177,600 persons with any dual diagnosis and about 62,400 subjects in co-morbidity with SMI (Table 4).

Tab. 2 - Number of patients in Mental health services (CSM) and in drug addiction services (Ser.D.) for a given diagnosis

Diagnosis		Mental health service (CSM)	Drug addiction services (Ser.D.)	Total
Substance use disorders and gambling	Alcohol	372	575	947
	Opioids	79	440	519
	Cannabinoids	94	82	176
	Sedative or hypnotics	26	16	42
	Cocaine	44	109	153
	Other stimulant, including caffeine	2	4	6
	Hallucinogens	1	3	4
	Tobacco	2	16	18
	Volatile solvents	0	0	0
	Multiple drug use and use of other psychoactive substances	111	27	138
	Gambling	28	87	115
Total	759	1.359	2,118	
Mental illnesses	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	225	301	526
	Depressive disorders	104	271	375
	Bipolar disorders	159	240	399
	Personality disorders	246	568	814
	Eating disorders	3	7	10
	Total	737	1,387	2,124

Tab. 3 - Percentage of diagnosis for substance use disorders and gambling and mental illness in mental health services and drug addiction services

Diagnosis		Mental health services (CSM) (%)	Drug addiction services (Ser.D.) (%)
Substance use disorders and gambling	Alcohol	49,01	42.31
	Opioids	10,41	32.38
	Cannabinoids	12.38	6.03
	Sedative or hypnotics	3.43	1.18
	Cocaine	5.80	8.02
	Other stimulant, including caffeine	0.26	0.29
	Hallucinogens	0.13	0.22
	Tobacco	0.26	1.18
	Volatile solvents	0	0
	Multiple drug use and use of other psychoactive substances	14.62	1.99
	Gambling	3.69	6.40
Total	100	100	
Mental illnesses	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	30.53	21.70
	Depressive disorders	14.11	19.54
	Bipolar disorders	21.57	17.30
	Personality disorders	33.38	40.95
	Eating disorders	0.41	0.50
	Total	100	100

Supposing that the 2,024 subjects with a dual diagnosis that are in treatment in both regional services are affected by a SMI we may hypothesize that only the 3.2% of the dual diagnosed patients that need of care are taken in treatment in Veneto Region (Table 4). A sub-trend data considering that at national level the patients in treatment from the drug abuse services are 5.9% of the whole drug users in care in the Italian drug abuse services. The data obtained from Veneto Region also indicate that only a low percentage of patient with no severe mental illness are in treatment. In particular, the data show that only 64 diagnoses were coded as F40-F48 "Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders". Since SAMSHA (2018) shows that the expected diagnosis for any

Tab. 4 - Estimated treatment gap in SUD and dual diagnosed patients in Veneto Region

	Inhabitants	Need of care	Patients receiving care
SUD	4,800,000 (100%)	355,200 (7.4%)	15,275 (4.4%)
Dual diagnosis (any)	4,800,000 (100%)	177,600 (7.4%)	Unknown
Dual diagnosis (SMI)	4,800,000 (100%)	62,400 (1.3%)	2.024 (3.2%)

mental illness (AMI), and severe mental illness associated with SUD are 47% and 16%, respectively (Table 5), we may suppose that in drug abuse services the most of patients with a mild severe psychiatric co-morbidity are not diagnosed and taken in treatment.

Tab. 5 - Expected dual diagnosis in the patients who receive care

	Diagnosed SUD	Expected SUD + AMI	Expected SUD + SMI
SUD	15,275 (100%)	7,179 (47%)	2,441 (16%)

Discussion

The data show some concerns in the management of dual diagnosed patients in Veneto Region. The most important is the difficulty from the mental health and drug abuse services to intercept and take in treatment patients with co-morbidity. In particular, the data suggest the drug abuse services (Ser.D.) have in treatment only a part of drug users with co-morbidity that need of treatment and that mental health services (CSM) do not sufficiently diagnose the SUD and the co-morbid conditions.

The data suggest 3 main limits of the actual healthcare network for the dual diagnosed patients that are: (1) a poor access to care of SUD patients in both services; (2) an inadequate assessment of dual diagnosis patients in both services; (3) the inability in most cases to integrate the treatment programs between both services. Our data suggest that the consequences of poor treatment of dual diagnosed patients should be also due to the habit of the clinicians to diagnose only the main primary disorder, to ignore the less severe illness, and to diagnose only the "own disease" (i.e. the addictions for the drug abuse services and the psychiatric diseases for the mental health services).

The study suggests relevant indications to improve the clinical practice. The first is that the assessment process may be accurately carried out in all patients to exclude co-morbid conditions, instead to diagnose only one disorder. The second is that when one or more co-morbid conditions are found by clinicians, they should be carried out the diagnosis process using a diachronic evaluation about the age of onset, the history of the diseases, the severity of the disorders, and the correlation of the dual diagnosis with the mental illness and SUD.

The study contains some limitations. The first is of methodological order because the Ser.D. collected the data on psychiatric diseases using the ICD-9 while the CSM using the ICD-10; consequently, the ICD-9 data collected from the Ser.D. were converted in ICD-10 data. The second regard the number of patients taken in treatment from the CSM and the Ser.D. during the 2019 because the reported data showed in the present study are reported from the healthcare services and not from a unique regional electronic database. At this regard recent data obtained from the clinical electronic database used from the Ser.D. (GEDI) have reported that during the 2021 were 25,536 the patients taken in treatment. The third is that the data collected were obtained from the CSM and SerD that use different electronic clinical records.

Finally, the priority actions to better organize both mental health and drug abuse services should be addressed to improve the access of care for patients with SUD and dual diagnosis, to develop diagnostic procedures for the assessment of dual diagnosis, and to plan treatment programs co-shared between services both in outcomes and in monitoring.

Conclusion

The management of dual diagnosis is a warming for the public health services. The most important concern is the treatment gap of dual diagnosis patients that need of care.

Several actions should be addressed to improve the access to care for dual diagnosed patients that are: (1) the introduction of guidelines able to improve the assessment; (2) the development of new modalities of integration between mental health (CSM) and drug abuse services (Ser.D.); (3) the use of key performance indicators in the treatment programs able to evaluate the clinical outcomes.

Acknowledgments

We thank the healthcare professionals of the mental health (CSM) and drug abuse services (Ser.D.) of Veneto Region for the collection of the data.

F.S. contributed to the work performing data analysis.

Reference

- Drake R.E., Mueser K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin*, 26(1): 105-118.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., Kaplan K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61(8): 807-816.
- Kessler R.C., Nelson C.B., McGonagle K.A., Edlund M.J., Frank R.G., Leaf P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am. J. Orthopsychiatry*, 66(1): 17-31.
- Kessler R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol. Psychiatry*, 56(10): 730-737.
- Kessler R.C., Berglund P., Chiu W.T., Demler O., Heeringa S., Hiripi E., Jin R., Pennell B., Walters E.E., Zaslavsky A., Zheng H. (2004). The US national comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures. *Inter. J. Method. Psychiatric Res.*, 13(2): 69-92.
- Maremmani A.G., Dell'Osso L., Pacini M., Popovic D., Rovai L., Torrens M., Perugi G., Maremmani I. (2011). Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *J. Addict. Dis.*, 30(2): 123-135.
- Merikangas K.R., McClair V.L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6): 779-789.
- Merikangas K.R., Mehta R.L., Molnar B.E., Walters E.E., Swendsen J.D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J.J., De Wit D.J., Kolody B., Vega W.A., Wittchen H.U., Kessler R.C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6): 893-907.
- Milano G., Vergani H.M., Cattedra S., Carrozzino R., Mattili F., Robbiano L., Martelli A. (2019). Co-occurring psychiatric and substance use disorders: clinical survey among a rural cohort of Italian patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 15: 3454-3459.
- Murthy P., Mahadevan J., Chand P.K. (2019). Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*, 32(4): 293-299.
- Regione del Veneto (2011). Popolazione anno 2019. – Retrieved Novembre 10, 2021: http://statistica.regione.veneto.it/jsp/popolazioneHtml.jsp?anno=2019&x1_3=0&x2=1®ione=Provincia&butt3=0.
- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2021 (dati 2020) (2021). www.politicheantidroga.gov.it/media/3076/rap2021pdf.pdf.
- SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) (2018). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep19-5068.pdf>.

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

La valutazione del funzionamento cognitivo in soggetti tossicodipendenti detenuti.

Uno studio esplorativo in contesto carcerario

Attilio Cocchini[^], Giovanni Maria Luca Galimberti^{*}, Barbara Pagliari[°], Simona Mennuni^{°°}, Luca Milanese^{**}, Rosario Privitera^{^^}

SUMMARY

■ *Active participation in an addiction treatment program requires complex choices and adequate cognitive abilities, to patients.*

The research was carried out on a sample of subjects addicted to illegal psychoactive substances and/or alcohol detained in a prison.

They were given the ENB 2 neuropsychological test, useful for assessing executive functions. While some biases that prevent general conclusions from being drawn are observed, a significant impairment of cognitive abilities can be detected in half of the sample.

This characteristic must be considered in the assessment of compliance with the treatment of the pathology.

The results indicate the need to extend the research to other contexts of observation, such as outpatient clinics and communities, and to evaluate the introduction of cognitive rehabilitation into care programs. ■

Keywords: Prisoners, Addictions, Cognitive impairment.

Parole chiave: Detenuti, Dipendenze, Deficit cognitivo.

Articolo sottomesso: 28/04/2022, accettato: 07/06/2022, pubblicato online: 29/07/2022

Introduzione

Uno dei compiti istituzionali del servizio per le dipendenze operante in carcere, consiste nella messa a punto di progetti terapeutici da svilupparsi in regime alternativo alla detenzione (secondo l'Art. 94 DPR 309/90).

Con questo obiettivo, la valutazione psicodiagnostica e, più estesamente, la valutazione multidimensionale delle caratteristiche personali, familiari e ambientali, rappresentano il fondamento di ogni possibile ipotesi di trattamento alternativo alla detenzione.

In buona parte essa si desume dalla narrazione del paziente ed è fondamentale che venga con lui condivisa, affinché si pongano le basi di una buona alleanza terapeutica.

[^] Psicologo, psicoterapeuta, responsabile SS Ser.D. CC Monza ASST Monza.

^{*} Psichiatra, direttore SC Dipendenze - DSMD ASST Monza.

[°] Psicologa, psicoterapeuta.

^{°°} Neuropsicologa e psicoterapeuta, NEPSI, Milano.

^{**} Psicologo, Psicologia Scientifica, Milano.

^{^^} Psicologo, psicoterapeuta, Psicologia Scientifica, Milano.

Tale condivisione costituisce, al di là degli aspetti relazionali necessariamente implicati, un consistente compito cognitivo per il paziente, oltre che per gli operatori coinvolti nel processo.

L'ambiente carcerario determina alcune peculiarità che differenziano la costruzione di un progetto di cura rispetto a quello che può essere ideato nei servizi esterni.

In primo luogo, vi è lo stato di astensione forzata dalle sostanze d'abuso.

Ciò senza dubbio contribuisce non poco a raggiungere una lucidità di pensiero difficilmente osservabile in stato di intossicazione; al contempo però, essa è spesso accompagnata dall'illusione che, una volta raggiunta, possa essere senza ulteriori accorgimenti mantenuta indefinitamente in futuro, anche al di fuori del carcere.

A questa confondente sensazione di sicurezza contribuisce la frequente scomparsa o consistente riduzione del *craving* per la sostanza dopo qualche tempo dall'ingresso in carcere. Raramente, nel racconto dei pazienti, il fenomeno si accompagna alla considerazione della oggettiva assenza in carcere di quei *triggers* che in libertà si associano alla messa in atto del comportamento di assunzione.

Analogamente, il frequente e massiccio ricorso agli psicofarmaci contribuisce a confermare la percezione dell'inattualità del rischio di ricaduta al termine della detenzione: quando l'abuso farmacologico viene ammesso dai pazienti – prevalentemente benzodiazepine e antipsicotici – esso è attribuito alla natura oggettivamente afflittiva della carcerazione e al "legittimo" desiderio di fare in modo di trascorrerla in stato di oblio.

In ogni caso, è assai raro che la richiesta farmacologica venga spontaneamente associata nella narrazione dei pazienti al loro precedente abuso di stupefacenti e/o di alcol, nonostante sia evidente agli operatori come essa abbia spesso le caratteristiche del "viraggio".

In generale, la costruzione del progetto di cura deve far riferimento ad una condizione di vita, ovvero la libertà, molto differente da quella in cui al momento ci si trova, richiedendo notevoli facoltà astrattive piuttosto difficili da esercitare all'interno di un'istituzione globale, organizzata in base a regole e condizioni esistenziali proprie.

Inoltre, per lo sviluppo di un progetto di cura, è utile assumere una prospettiva storica, ovvero nel tenere conto nel presente del passato (anamnesi tossicologica all'interno della storia personale) e del futuro (prognosi, costruzione di un progetto di vita che tenga conto dei fattori di rischio di ricaduta).

Al contrario, il carcere nella sua ripetitività tende, a "deprivare la mente del tempo che scorre" (1), estendendo indefinitamente il presente e distorcendo la percezione soggettiva del tempo.

La volontà di indagare le effettive capacità cognitive dei pazienti del servizio nasce dalla considerazione delle difficoltà incontrate spesso dai pazienti nell'organizzare i vari elementi di conoscenza raccolti nel dialogo con gli operatori e nel trarre da essi le conclusioni che costituiscono proprio il progetto terapeutico.

Conclusioni che spesso sembrano ovvie per gli operatori, ma che non sembrano essere affatto tali per i pazienti.

Simili difficoltà possono talvolta riguardare anche informazioni relative alle condizioni giuridiche in cui è possibile presentare istanza di affidamento e le diverse competenze dei vari attori istituzionali presenti in istituto (Ufficio Educatori, Ser.T., Servizio per la Salute Mentale, ecc.).

Esse rappresentano le indispensabili informazioni di contesto in base a cui articolare i diversi passaggi, formali e sostanziali, in cui si costruisce la formulazione del programma.

In generale, accade frequentemente di rilevare come la ripetizione delle spiegazioni fornite ai pazienti non sortisca alcun effetto: le domande poste agli operatori restano le stesse, ingenerando frustrazione in questi ultimi, che pure hanno fatto del loro meglio per chiarire, nel modo più efficace possibile, i tempi e le azioni necessari alla messa a punto delle istanze di affidamento.

Qualora l'istanza venga poi accolta e il programma avviato all'esterno del carcere, i colleghi dei Servizi territoriali e delle Comunità Terapeutiche riferiscono altrettanto frequentemente come il comportamento dei pazienti appaia, per molti aspetti, illogico se considerato alla luce di quegli assunti che hanno sostanziato il lavoro di progettazione terapeutica e che sono stati oggetto di faticosa riflessione all'interno del carcere.

Si verificano così numerosi fallimenti (come, ad esempio, l'abbandono della Comunità), apparentemente legati a futili

motivi, che gli stessi operatori considerano irrilevanti a fronte delle gravi conseguenze che ne derivano per il paziente. Spesso queste difficoltà vengono attribuite alla mancanza di impegno personale nei confronti della proposta di cura, se non addirittura al tentativo di utilizzare l'occasione della misura alternativa a scopo di cura in modo "strumentale", ovvero per ottenere la scarcerazione senza una reale motivazione all'abbandono delle condotte d'abuso e al cambiamento personale che esso implica.

Si tratta dei cosiddetti pazienti "difficili", spesso soggetti a nuove e ripetute carcerazioni, a cui essi sovente reagiscono riformulando la domanda di cura nei medesimi termini utilizzati in passato.

Per alcuni aspetti si tratta di considerazioni simili a quelle che tempo addietro erano comuni fra il personale docente a proposito degli studenti meno performanti sul piano del rendimento scolastico, accusati di scarsa attenzione, "svogliatezza" e disinteresse per gli argomenti trattati nel corso delle lezioni.

Nel mondo della scuola, l'introduzione delle categorie diagnostiche riconducibili alla vasta area dei disturbi dell'apprendimento ha comportato una sostanziale modifica del paradigma interpretativo delle difficoltà scolastiche in un gran numero di casi, passando da un giudizio negativo sulla motivazione del ragazzo, al riconoscimento di una condizione clinica di neuro-diversità indipendente dalla volontà del discente.

Questo importante passaggio ha segnato, quando viene posta la diagnosi di disturbo dell'apprendimento, il superamento del giudizio negativo sulla persona (stigma) e riparato la sua rappresentazione sociale all'interno del mondo scuola.

Ciò che più sembra avere contato per questi studenti, al di là dell'evoluzione della didattica, è forse l'atteggiamento degli insegnanti nei loro confronti.

Proprio la rappresentazione sociale – negativa – delle persone affette da dipendenza e colpite dalla sanzione penale, sembra costituire frequentemente una delle maggiori criticità del trattamento, soprattutto se tale rappresentazione viene fatta propria, più o meno implicitamente o consapevolmente, dagli operatori dei Servizi per le dipendenze; a conferma di questo, sul piano narrativo-lessicale, si osserva talvolta l'abbandono del paradigma clinico e il ricorso fra colleghi a espressioni più giudicanti e superficiali, riconducibili ai cliché del senso comune e che difficilmente potrebbero trovare posto in una cartella clinica.

In analogia con quanto accaduto nel mondo della scuola, questo studio si propone di descrivere quanto emerge dall'applicazione di uno strumento di screening neuropsicologico su un campione di pazienti affetti da varie tipologie di dipendenza (Disturbo da Uso di Sostanze Psicotrope – DUS –, DSM 5).

L'adeguato funzionamento di tali capacità cognitive (per esempio memoria, funzioni esecutive e astrazione) è considerato necessario ai fini della complessa attività riflessiva e critica, poiché esse sono alla base di una ragionevole progettazione clinica da svilupparsi in regime alternativo alla detenzione e, più in generale, per il superamento della condizione di dipendenza.

Esse risultano infatti necessarie per il raggiungimento di una sequenza di obiettivi, in cui la costruzione del progetto si declina:

- riconoscimento della natura problematica dei comportamenti d'abuso;
- apprezzamento dell'effettività e della portata delle risorse personali ed interpersonali a disposizione;
- valutazione critica degli eventuali tentativi di cura precedenti;
- considerazione delle istanze di controllo imposte dall'esecuzione penale;
- riconoscimento dei fattori di rischio di ricaduta nell'abuso di sostanze e di conseguente fallimento della misura alternativa al carcere.

Alla luce di tutto questo, appare importante precisare che per quanto riguarda gli esiti dell'indagine sulle performance cognitive a cui si fa qui riferimento, si tratta di una descrizione *hic et nunc*: non si intende definire in maniera assoluta i livelli di funzionamento dei nostri pazienti, quanto piuttosto misurarli nel momento in cui le ipotesi di programma terapeutico vengono formulate.

Dalla letteratura scientifica è possibile rilevare come solo l'11% delle persone che utilizza sostanze sviluppa il DUS (2), quindi, verosimilmente, la sostanza in sé contribuisce solo in parte allo sviluppo di questo disturbo; la comunità scientifica è da tempo impegnata nell'indagine dei meccanismi che ne causano l'esordio e il mantenimento.

Le dipendenze, intese nella loro più ampia accezione comportamentale e non solo da sostanze, sono patologie multifattoriali che danneggiano i processi decisionali, l'equilibrio emotivo e il controllo volontario del comportamento (3).

A causa dell'impatto negativo sulla struttura neurale, alcuni autori considerano il DUS come un disturbo cerebrale, con importanti implicazioni su prevenzione e trattamento (4).

Molteplici cambiamenti della sostanza bianca, grigia e nella connettività cerebrale possono in effetti essere osservate nei soggetti con DUS.

Tali modifiche strutturali correlano con profondi cambiamenti neurochimici e funzionali, incluse le modificazioni della forza dei collegamenti sinaptici (5).

È possibile rilevare una sovrapposizione tra le regioni neurali sottostanti i meccanismi di *addiction* e quelle che supportano il funzionamento cognitivo superiore (6).

Il sistema cerebrale è pesantemente coinvolto nei disturbi da *addiction*, tra gli altri sono implicati:

1. sistema mesolimbico (circuito della ricompensa);
2. striato dorsale (comportamento orientato a uno scopo e aspettativa di ricompensa);
3. sistema limbico (corteccia prefrontale, ippocampo, amigdala).

Ai fini della presente analisi, appare di particolare rilevanza soffermarsi sul funzionamento del sistema limbico, in cui si osservano cambiamenti funzionali, una riduzione del volume della sostanza grigia ed una ridotta neurogenesi.

La corteccia prefrontale, oltre a essere il substrato cerebrale del sistema emozionale umano, è la sede delle funzioni esecutive (pianificazione, ragionamento, flessibilità, *decision-making*) e della *working memory* (abilità di manipolazione delle informazioni contenute nella memoria a breve termine); l'ippocampo è invece il substrato neurale della memoria dichiarativa.

I cambiamenti neurali osservati nei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze, rispetto ai soggetti sani, sembrano essere presenti sia prima l'utilizzo della sostanza come fattore di vulnerabilità, sia dopo come sua conseguenza (7).

Ad oggi quindi, se con certezza è possibile affermare che il DUS produce cambiamenti cerebrali e di conseguenza cognitivi, non è ancora altrettanto chiaro se un atipico funzionamento neurale possa fungere da elemento di predisposizione per lo sviluppo stesso del disturbo (8).

Scopo del lavoro

Lo scopo dello studio è di verificare la consistenza e l'influenza di eventuali deficit neuropsicologici sul funzionamento cognitivo (e quindi sul pensiero), al momento della valutazione propedeutica alla definizione di un progetto terapeutico.

Gli obiettivi della ricerca consistono nel fornire elementi informativi utili a:

- (ri)dimensionare le aspettative che gli operatori nutrono nei confronti della proposta terapeutica che, come ogni altro progetto esistenziale, può essere accolta solo in funzione della sua effettiva comprensione da parte del beneficiario; è necessario tenere in debita considerazione lo sforzo astrattivo, organizzativo e decisionale richiesto;
- formulare progetti terapeutici che si basino su una corretta valutazione delle facoltà cognitive del paziente, prevedendone la rivalutazione nel tempo intesa quale dimensione diagnostica di rilievo, indispensabile alla formulazione di obiettivi di cura effettivamente condivisibili e sostenibili da parte del paziente;
- considerare la possibilità di sviluppare, nella prospettiva clinica, azioni specificamente rivolte alla riabilitazione cognitiva e avviare una valorizzazione, in questa prospettiva, degli strumenti di cura già in uso, quali ad esempio le attività lavorative, educative o socializzanti che informano i percorsi di cura, specialmente nelle comunità.

Sotto questo profilo, l'analisi attenta delle difficoltà e dei progressi della persona potrebbero trovare un'ulteriore e proficua chiave di lettura.

Metodo e strumenti

È stato somministrato il test ENB 2 - Esame Neuropsicologico Breve (9) a un campione di 52 soggetti maschi italiani, detenuti presso la Casa Circondariale di Monza.

Ai fini di questa ricerca, sono stati presi in considerazione i test somministrati dal mese di settembre 2018 al mese di novembre 2020.

La somministrazione dei test, della durata di circa 40 minuti, ha avuto sempre luogo nell'ufficio dello psicologo, unico ambiente in grado di garantire le necessarie condizioni di privacy e assenza di interferenze ambientali all'interno del carcere.

Sia la somministrazione che lo scoring sono stati effettuati da uno psicologo operante nel Servizio.

Contestualmente, è stata raccolta l'anamnesi durante i colloqui di valutazione che, di prassi, comprende la raccolta delle informazioni autobiografiche del paziente a partire dalla sua nascita fino all'attualità.

Una particolare attenzione è stata dedicata alle vicende che hanno caratterizzato la storia familiare, le relazioni personali più significative in attualità e l'anamnesi tossicologica (tipo-

logia di sostanze psicotrope utilizzate, modalità di assunzione e trend di consumo).

Sono state altresì indagate le aree di funzionamento scolastico (eventuali difficoltà di apprendimento) e/o lavorativo.

L'ENB-2 è una batteria neuropsicologica che permette lo screening delle principali funzioni cognitive, quali memoria a breve e lungo termine, attenzione, abilità esecutive, linguaggio e abilità prassico-costruttive.

Tale strumento fornisce come risultato di una correzione computerizzata, un punteggio totale corretto per età e scolarità e i punteggi relativi ai singoli subtests che valutano varie funzioni neuropsicologiche.

Al momento della somministrazione, tutti i soggetti risultavano essere in carico al Servizio Dipendenze della struttura detentiva, con certificazione attestante un Disturbo da Uso di una o più sostanze psicotrope, secondo quanto previsto dalla Norma di Legge, ai sensi dell'Art. 94 DPR 309/90.

Ogni somministrazione rientrava nel contesto di una valutazione multidisciplinare utile alla messa a punto di un programma di cura da effettuarsi in misura alternativa alla detenzione (presso una comunità terapeutica residenziale oppure prevedendo la frequenza di un servizio territoriale).

È importante sottolineare come lo strumento diagnostico, prima ancora che a scopo di ricerca, è stato quindi applicato a fini clinici, integrando il materiale raccolto nel corso dei colloqui, unitamente agli esiti di altri test psicodiagnostici correntemente impiegati presso il Servizio.

Questa valutazione viene effettuata solitamente in 5/7 colloqui con lo psicologo.

Le informazioni precedentemente raccolte dagli altri operatori del servizio (assistente sociale, medico, educatore, infermiere) rappresentano un'importante base conoscitiva della persona; meno sistematicamente vengono utilizzate informazioni provenienti da altri soggetti istituzionali coinvolti nel trattamento penitenziario del soggetto.

Al termine della valutazione, viene formulata un'ipotesi di programma terapeutico, che viene prima discussa con il paziente e poi inviata al servizio territoriale per le dipendenze e riferita nelle sue conclusioni al Funzionario Giuridico-Pedagogico a cui egli è stato assegnato.

Sono stati esclusi dal campione:

- soggetti di nazionalità straniera che non avessero atteso all'obbligo scolastico in Italia;
- soggetti affetti da grave deficit sensoriale o in fase di franco scompensamento psichico, documentati nel diario clinico della Casa Circondariale;
- soggetti per i quali era obiettivamente un significativo rallentamento o accelerazione ideativo o motorio;
- soggetti che non avessero una posizione giuridica definitiva.

Risultati

L'età media del campione è di 40,87 anni (DS 11,6 anni).

La scolarità (intesa come anni di scolarizzazione) del campione ha una media pari a $M = 8.29$, $DS = 2.59$ (Tabella 1).

Tab. 1 - Informazioni demografiche

	N	Minimo	Massimo	Media	Devianza std.	Varianza
Età	52	21	65	40,87	11,643	135,57
Scolarità	52	2	14	8,29	2,592	6,719

La distribuzione delle sostanze d'abuso (Tabella 2), indicate come sostanze primarie per le quali è stata emessa una diagnosi certificata, vede al primo posto la cocaina ($N=39$; 75,0%), seguita dall'alcol ($N = 8$; 15,4%), dagli gli oppiacei ($N = 4$; 7,7) e dai cannabinoidi ($N = 1$; 1,9%). In 12 casi è stato possibile certificare il disturbo da uso di più sostanze; in 2 casi è stata diagnosticata la compresenza del disturbo da gioco d'azzardo.

Tab. 2 - Distribuzione sostanze di abuso nel campione

Sostanza d'Abuso Primaria	N	% nel Campione
Cocaina	39	75,0%
Alcol	8	15,4%
Oppiacei	4	7,7%
Cannabinoidi	1	1,9%

Ulteriori informazioni sul campione

Su 52 soggetti, 29 assumevano al momento del test una terapia psicofarmacologica su prescrizione medica (in prevalen-

za benzodiazepine, con minor frequenza antipsicotici o altre tipologie di farmaci psicoattivi).

Nessun soggetto assumeva terapia metadonica.

Per quanto attiene i reati in esecuzione, vi è una quasi paritaria distribuzione fra quelli di natura appropriativa (soprattutto furti e rapine), quelli di spaccio e quelli contro la persona (in prevalenza maltrattamenti in famiglia).

Quasi sempre appare evidente l'influenza della dipendenza sull'azione criminale, che spesso ha carattere recidivo.

Risultati neuropsicologici

Il 50% dei soggetti ottengono un punteggio totale deficitario al test ENB-2.

Rispetto ai singoli test, è possibile osservare le percentuali dei punteggi deficitari nella Tabella 3.

Ai fini della presente analisi, si è scelto di analizzare nello specifico quei subtests in cui almeno il 25% dei soggetti ha ottenuto un punteggio deficitario:

- Trail Making Test B (28,8% deficitario);
- Fluenza fonemica (30,8% deficitario);
- Test di astrazione (34,6% deficitario);

Tab. 3 - Risultati ENB 2

	Assenza Deficit	Presenza Deficit	% Presenza Deficit nel Campione
ENB 2 - Punteggio Globale	26	26	50,0%
Digit Span	49	3	5,8%
Memoria in prosa immediata	42	10	19,2%
Memoria in prosa Differita	42	10	19,2%
Memoria con interferenza 10 secondi	43	9	17,3%
Memoria con interferenza 30 secondi	46	6	11,5%
TMT A	49	3	5,8%
TMT B	37	15	28,8%
Test dei gettoni	47	5	9,6%
Test di fluenza fonemica	36	16	30,8%
Test Astrazione	34	18	34,6%
Test delle stime cognitive	45	7	13,5%
Test delle Figure Aggrovigliate	30	22	42,3%
Copia Disegno	30	22	42,3%
Disegno spontaneo	42	10	19,2%
Test dell'Orologio	32	20	38,5%
Prove prassiche	48	4	7,7%

- Test delle figure aggrovigliate (42,3% deficitario);
- Copia di disegno (42,3% deficitario);
- Test dell'orologio (38,5% deficitario).

Discussione e conclusione

Questo lavoro di ricerca ha avuto lo scopo di analizzare il funzionamento cognitivo in soggetti tossicodipendenti detenuti presso la Casa Circondariale di Monza e in carico al Servizio Dipendenze della struttura detentiva.

I risultati di tale indagine evidenziano come la metà dei soggetti (50% del campione) presenta un funzionamento cognitivo globale deficitario (Tabella 3).

A una più specifica analisi, è possibile osservare come i subtests che più frequentemente appaiono deficitari (in almeno nel 25% dei soggetti) sono quelli relativi alle funzioni esecutive, e in particolare Trail Making Test B, Test di Fluenza fonemica, Test di astrazione, Test delle figure aggrovigliate, Test dell'orologio. Costituisce un'eccezione il Test di Copia di disegno, che misura le abilità prassico-costruttive, ma nel quale a livello qualitativo può essere rintracciato l'apporto dell'abilità di pianificazione della copia.

Il risultato appare in linea con quanto evidenziato dalla letteratura neuroscientifica precedente, che pone sempre più l'attenzione sulle modificazioni neurali correlate alle *addiction*. Tra le aree cerebrali coinvolte nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo, infatti, ci sono quelle frontali, prefrontali e limbiche.

Il malfunzionamento di queste aree nelle persone affette da DUS implica un variabile declino cognitivo in funzioni quali: memoria dichiarativa, *working memory*, attenzione, funzioni esecutive (5).

Anche altri studi hanno osservato deficit cognitivi in svariate abilità (6).

Il declino cognitivo nei pazienti con *addiction* ha numerose implicazioni cliniche ed è un predittore consistente di *drop out* e ricadute future (10-5).

L'*impairment* neuropsicologico dei pazienti con DUS può diminuire l'effetto delle terapie cognitivo-comportamentali (11-6) spesso utili per ottenere buoni risultati clinici.

In particolare, è stato osservato che pazienti con declino cognitivo (rilevato con MoCA – Montreal Cognitive Assessment) si mostravano meno partecipi al trattamento rispetto a coloro che erano cognitivamente adeguati.

Dal momento che la partecipazione costante al trattamento è un costrutto che appare legato all'aderenza al trattamento e alla *compliance*, l'identificazione e il trattamento delle caratteristiche neuropsicologiche dei soggetti tossicodipendenti in carcere assumono estrema rilevanza nella progettazione del percorso terapeutico.

Visto l'evidente malfunzionamento a livello cerebrale correlato all'uso di sostanze, che implica una disregolazione emotiva e cognitiva, gli approcci terapeutici dovrebbero tenere in considerazione non solo l'intervento biomedico, ma anche quello non farmacologico, orientato per esempio alla riabilitazione neuroplastica attraverso la stimolazione cognitiva (5-7-12). La neuroplasticità cerebrale infatti, sembra essere il meccanismo alla base della reversibilità dell'*impairment* cognitivo a seguito del decremento dell'assunzione della sostanza di abuso (13).

Secondo una recente *review* (14), il coinvolgimento delle funzioni esecutive nei disturbi da *addiction* è sempre più evidente e la neuropsicologia dovrebbe intervenire non solo nell'identificazione dei deficit cognitivi causati dall'abuso di sostanze, ma anche in funzione riabilitativa, al fine di migliorare l'adesione ai programmi terapeutici e la prognosi.

Inoltre, l'approccio neuropsicologico sarebbe utile non solo per ottenere la riabilitazione dei deficit osservati, ma anche per migliorare la performance nella vita quotidiana, ottimizz-

zando il processo di *recovery* al fine di permettere alla persona di raggiungere i propri obiettivi.

È evidente infatti che le menomazioni del processo di *decision-making* svolgono un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento delle dipendenze, ma manca ancora un solido costrutto teorico che comprenda gli aspetti cognitivi, affettivi, motivazionali e fisiologici (15). In particolare, i modelli teorici finora sviluppati non tengono sufficientemente conto delle competenze sociali; ciò rende difficile progettare interventi clinici di precisione.

Limiti dello studio

È importante considerare alcuni fattori perturbanti, riconducibili alle condizioni in cui si trovano i componenti del campione al momento della somministrazione del test e raccomandare la massima prudenza nel considerare le performance come caratteristiche stabili dei soggetti.

Un limite alla presente indagine neuropsicologica potrebbe essere costituito dall'assunzione di psicofarmaci in più della metà del campione (29 su 52 soggetti).

Il dato deve necessariamente essere tenuto in considerazione nell'apprezzamento delle performance al test, ma è purtroppo assai poco attendibile, data la nota pratica di scambio e misuso farmacologico ampiamente diffuso nelle carceri.

È pertanto possibile che i soggetti ufficialmente assuntori di terapia farmacologica in realtà non lo fossero, o che lo fossero in modo improprio, come pure è possibile che coloro che non risultavano beneficiari di terapia, ne facessero invece uso. Al contrario, è ragionevole supporre che nessuno dei soggetti del campione al momento della somministrazione si trovasse in stato alterato da sostanze psicotrope.

Inoltre, anche l'elevato livello di stress a cui la condizione detentiva generalmente espone, potrebbe influenzare negativamente le capacità cognitive: la deprivazione affettiva, l'inattività, la promiscuità, il senso di precarietà o di minaccia, oltre che spiegare in parte l'elevata propensione all'assunzione di psicofarmaci, potrebbero comportare un deterioramento delle performances.

Un'interessante prospettiva di ulteriore sviluppo della ricerca sarebbe certamente costituita dalla ripetizione della medesima valutazione nel corso dello sviluppo del programma terapeutico in misura alternativa.

Infatti, ciò potrebbe consentire di rilevare l'eventuale evoluzione dei livelli di performance osservati in fase di progettazione dell'intervento e, soprattutto, prendere eventualmente in considerazione il ricorso a forme di riabilitazione specifiche.

Ad oggi sono necessarie ulteriori ricerche sull'apporto della riabilitazione cognitiva nei pazienti con *addiction*, le poche ricerche già sviluppate evidenzerebbero miglioramenti non solo per il funzionamento cognitivo, ma anche nelle altre attività comprese nel programma terapeutico, in particolare quando i training cognitivi che agiscono sulla funzionalità esecutiva sono effettuati in associazione con interventi psicoterapeutici (14-16).

Il trattamento terapeutico delle dipendenze dovrebbe implementare il cambiamento della persona anche nei termini di abilità di progettazione di sé.

La difficoltà di proiettarsi nel futuro e di aderire al progetto riabilitativo non dovrebbe essere letta solo come una "resistenza al cambiamento" di ordine esclusivamente psicologico-moti-

vazionale, ma anche come una difficoltà esecutiva derivata dal funzionamento cognitivo, biologicamente determinato sia dalla genetica, sia dall'effetto stesso dell'assunzione di una sostanza di abuso per periodi di tempo più o meno lunghi.

Va infine riportato che i risultati della valutazione cognitiva effettuata sui pazienti componenti il campione sembrano aver influenzato l'atteggiamento degli operatori coinvolti nel loro trattamento a vario titolo.

Per molti di essi, il riferimento ad un *impairment* cognitivo misurato tramite il test ha spesso modificato l'interpretazione dei comportamenti "critici" del paziente-detenuto, riducendo l'enfasi sugli aspetti negativi caratteriali e personologici e aprendo ad una più costruttiva valutazione del disagio della persona.

Riferimenti bibliografici

- (1) Pellegrino V., Inglese M. (2016). *Il tempo e la vita quotidiana nel carcere; presente senza futuro" e forme di resistenza biografica.* <https://gspi.unipr.it/sites/st26/files/allegatiparagrafo/10-05-2016>.
- (2) UNODC, United Nation Office on Drugs and Crime (2018). *World Drug Report – Executive Summary* (7-8).
- (3) Karila L., Benyamina A. (2019). Addictions. *Revue des maladies respiratoires*, 36(2): 233-240.
- (4) Volkow N.D., Koob G.F., & McLellan A.T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4): 363-371.
- (5) Sampedro-Piquero P., de Guevara-Miranda D. L., Pavón F. J., Serrano A., Suárez J., de Fonseca F. R.,... & Castilla-Ortega E. (2019). Neuroplastic and cognitive impairment in substance use disorders: a therapeutic potential of cognitive stimulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 106: 23-48.
- (6) Gupta A., Murthy P., & Rao S. (2018). Brief screening for cognitive impairment in addictive disorders. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4): S451.
- (7) Sampedro-Piquero P., Santín L.J., & Castilla-Ortega E. (2019a). Aberrant brain neuroplasticity and function in drug addiction: a focus on learning-related brain regions. In: *Behavioral Neuroscience*, Cap. 8. DOI: 10.5772/intechopen.85280.
- (8) Goldstein R.Z., Volkow N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10): 1642-1652.
- (9) Mondini S., Mapelli D., Vestri A., Arcara G., Bisiacchi P.S. (2011). *Esame Neuropsicologico Breve 2*. Raffaello Cortina.
- (10) Teichner G., Horner M.D., Roitzsch J.C., Herron J., Thevos A. (2002). Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addictive behaviors*, 27(5): 751-763.
- (11) Copersino M.L., Schretlen D.J., Fitzmaurice G.M., Lukas S.E., Faberman J., Sokoloff J., Weiss R.D. (2012). Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance: predictive validation of a brief cognitive screening measure. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(3): 246-250.
- (12) Sofuoglu M., DeVito E.E., Waters A.J., Carroll K.M. (2013). *Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions.* *Neuropharmacology*, 64: 452-463.
- (13) Vonmoos M., Hulka L.M., Preller K.H., Minder F., Baumgartner M.R., Quednow B.B. (2014). Cognitive impairment in cocaine users is drug-induced but partially reversible: evidence from a longitudinal study. *Neuropsychopharmacology*, 39(9): 2200-2210.
- (14) Restrepo-Escobar S.M., Rincón-Barreto D.M. (2019). Addictions Rehabilitation From an Executive Functioning Model. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 18(2): 94-98.
- (15) Rochat L., Maurage P., Heeren A., Billieux J. (2019). Let's open the decision-making umbrella: a framework for conceptualizing and assessing features of impaired decision making in addiction. *Neuropsychology review*, 29(1): 27-51.
- (16) Verdejo-García A., Alcázar-Córcoles M.A., Albein-Urios N. (2019). Neuropsychological interventions for decision-making in addiction: a systematic review. *Neuropsychology Review*, 29(1): 79-92.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Infection diseases in the prisons: a public health warning. Priority action to protect general community

Felice Alfonso Nava*, Loreta Kondili^o, Lucia Craxi[▲], Valentina Grigolin*, Annamaria Cattelan^{oo}, Francesco Paolo Russo[◆], Alfredo Alberti[◆]

SUMMARY

■ *The infectious diseases are the most prevalent illnesses in prisoners, and they have a relevant burden for the society. Several studies have shown that the screening and the treatment of the infectious diseases inside prisons may be effective in reducing their burden in the general community.*

The main aim of the study was to determine between 2019-2021 the incidence and the prevalence of HIV, HBV, HCV, TB and syphilis in the people inside Padua prisons.

The study has demonstrated that the screening of the infectious diseases in detainees was very high, raising in 2021 in the entrant people the 100%. The research also has shown that during 2021 the most prevalent incidence of infectious diseases was for TB (16.3%), followed by HCV (11.3%), HBV (7.9%) and HIV (1.6%). Interestingly, our data has indicated how during 2021 versus the previous years the prevalence of the infectious diseases increased for HBV (41.5%), HCV (18.8%), and TB (48.1%). These data indicate as different conditions such as the geographic origin of the prisoners people or several environmental factors such as the overcrowding may influence the prevalence of the infectious disease inside prisons.

The study suggests how the prisons may represent a place where may be easier the treatment of the patients affected by infectious diseases and how universal and periodic screening campaigns and facilitated treatment programs as the point of care may increase the access to care and to control the spread of infectious also in the general community. ■

Keywords: HIV, HBV, HCV, TB, Point of care, Prison, General community.

First submission: 08/06/2022, accepted: 29/06/2022, available online: 29/07/2022

Introduction

The incarceration-health relationship is a strong scientific evidence and public health concern (Massoglia, Menster, 2019). Incarcerated persons have elevated rates of structural factors consistently associated with poor health, such as poverty, low levels of education, and limited vocational skills (Massoglia, Pridemore, 2015). Moreover, incarcerated persons may also have higher levels of behavioral risk factors, such as drug use or exposure to violence, than the general population (Western,

2006). Detainees have high levels of chronic conditions, and the experience of incarceration (exposure) generally has a greater effect on health than the length of incarceration (Schnittker, John, 2007; Massoglia, Pridemore, 2015). The most frequent diseases between prisoners are infection diseases, cardiovascular diseases, weight gain, hypertension, and cancer (Clarke, Waring, 2012; Houle, 2014; Howel *et al.*, 2016; Massoglia, 2008; Wang *et al.*, 2009). In general, incarcerated persons and formerly incarcerated persons have an elevated risk for these chronic health conditions compared with the general population (Clarke, Waring, 2012; Howel *et al.*, 2016; Massoglia, Pridemore, 2015; Wang *et al.*, 2009).

An interesting systematic review and meta-analysis of scientific papers published between Jan 1, 2005, and Oct 1, 2015 examining 7,949 articles has determined the morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries (Aldridge *et al.*, 2018). Interestingly, the study has shown that the diseases prevalence correlated with mortality for the above categories was consistently raised across the following diseases: infections (e.g. highest reported was 90% for hepatitis C, 65% for hepatitis B, 51% for latent tuberculosis infection),

* Health care and Drug abuse unit, Public health care service Padua, Azienda ULSS "Euganea", Padua, Italy.

^o Center for Global Health, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy.

[▲] Department of Biomedicine, Neuroscience and Advanced Diagnostics (Bi.N.D.), University of Palermo, Palermo, Italy.

^{oo} Unit of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Azienda Ospedaliera-Universitaria di Padova, Padova, Italy.

[◆] Gastroenterology Unit, Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, University of Padua, Padua, Italy.

mental health (e.g. highest reported was 4% for schizophrenia), cardiovascular conditions (e.g., highest reported was 13% for coronary heart disease) and respiratory illnesses (e.g. highest reported was 26% for asthma).

The scientific evidence has shown a strong relationship between incarceration and mortality (Spoulding *et al.*, 2011; Binswanger *et al.*, 2007; Massoglia *et al.*, 2014). A study carried out in North Carolina has demonstrated that the incarcerated white men have a higher mortality rate than in non-incarcerated white men (Rosen *et al.*, 2011). The same study has indicated that the most leading causes of death in prisons were cardiovascular diseases, suicide, and AIDS (Rosen *et al.*, 2011). A recent study has analyzed a research database between Jan 1, 2000 and Nov 18, 2020 reporting HIV, HBV, HCV, TB and/or HIV/TB-related deaths among people in prisons (Bosworth *et al.*, 2022). The research was based on 78 publications drawn from seven UNAIDS regions encompassing 33 countries and reporting on 6,568 deaths in prisons over a 20-year period (Bosworth *et al.*, 2022). The study has shown that the HIV/AIDS (n = 3,305) was associated with the highest number of deaths, followed by TB (n = 2,892), HCV (n = 189), HIV/TB (n = 173), and HBV (n = 9) (Bosworth *et al.*, 2022).

The above data indicate how in prisons the infection diseases are one of the most important illness. A large of body of evidence suggests that the prisoners, compared with the general population, have a higher burden of the infectious diseases, such as HIV (Cropsey *et al.*, 2007), viral hepatitis (Cropsey *et al.*, 2007), tuberculosis (TB) (Cropsey *et al.*, 2007), and a range of sexually transmissible infections (Hanas-Hancock *et al.*, 2016; Roberts, Redman, 1993). HIV, viral hepatitis and TB are the most important infectious diseases inside prisons (Kamarulzaman *et al.*, 2016; Niveau, 2006; Rich *et al.*, 2016). Consistently, a recent study carried out in the prisons of Veneto Region has shown that on 2,119 detainees the prevalence of HIV, HBV, and HCV are 2%, 6% and 9.2%, respectively (Nava *et al.*, 2021). An interesting systematic review and meta-analysis including 72 studies has shown on 2,275,930 adult male and female prisoners that the HIV prevalence is 3.4% (95% CI 3.2%.3.6%) (Sayyah *et al.*, 2018). On the other hand, a review has estimated that between about 10 million people incarcerated worldwide the 3.8% have HIV, 15.1% have HCV, 4.8% have chronic HBV, and 2.8% have active TB (Dolan *et al.*, 2016).

Several studies indicate that the high burden of infectious disease in prisoners is greatly due by contextual factors within prisons that may contribute to a higher risk disease transmission among people. Such factors include risk behavior, overcrowding, delay or lack of diagnosis and treatment, limited access to clean water, inadequate sanitation, and lack of harm-reduction measures such as condoms, sterile tattooing equipment and syringes, and drug treatment (Altice *et al.*, 1998; Altice *et al.*, 2005; Altice *et al.*, 2016; Roberts, Redman, 1993). The harm reduction measures may reduce the negative impact of infectious diseases between prisoners and the spread of infection. At this regard scientific evidence has shown as opioid agonist treatment (OAT) may reduce the incidence of HCV virus among incarcerated persons (Seval *et al.*, 2020). Also, decriminalization of drug use may indirectly reduce the spread of infectious disease both inside and outside prisons. Criminalization of drug use and imprisonment of people who use drugs (PWUD) have resulted in a repetitive cycle of incarceration of many individuals infected with HIV, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV) and TB, and those at high risk of infections, such as people who inject drugs (PWID) (Alvarado-Esquivel *et al.*, 2005; Andrinopoulos *et al.*, 2010; Andrus *et al.*, 1989; Cropsey *et al.*, 2007; Deiss *et al.*, 2009; Degenhardt *et al.*, 2013).

The risk of infection inside prisons may also interest the general population through a contact with at-risk individuals in and out of incarceration (Azbel *et al.*, 2016). At this regard an interesting study using a dynamic model of infectious disease transmission inside prisons has shown that prison-based screening and treatment may be a highly effective strategies able to reduce the burden of HIV, TB, HCV, and other sexually transmissible infections among prisoners and in the general community (Ndeffo-Mbah *et al.*, 2017).

Several evidence suggests that incarceration may be associated with substantial short term increases in HIV and HCV acquisition risk among PWIDs and could be a significant driver of HCV and HIV transmission among PWIDs (Stone *et al.*, 2018). At this regard a systematic review and meta-analysis that has analyzed 41 studies published between Jan 1, 2000 until June 13, 2017 has shown that recent incarceration is associated with an 81% increase in HIV acquisition risk, and 62% increase in HCV acquisition risk, and past incarceration was associated with a 25% increase in HIV and a 21% increase in HCV acquisition risk (Stone *et al.*, 2018).

The aim of present study was to evaluate the incidence and the prevalence between 2019-2021 of the most important infectious diseases in the Padua prisons to program the best local health policies to limit the negative consequences and the spread of infectious diseases both inside prisons and in the general community.

Methods

The HIV, HAV, HBV, HCV, TB and syphilis were estimated in the people of the 2 Padua prisons for the years 2019-2021.

Data on HIV, HAV, HBV, HCV, TB and syphilis were evaluated both on the prison entrants (incidence) and on the entire prison population (prevalence).

The incidence and the prevalence of the infectious diseases were detected in the correctional facility (called Casa Circondariale) where there are about 150 detainees in pre-trial detention period, and in the house of imprisonment (called Casa di Reclusione) where there are about 800 prisoners serving their sentences.

The diagnosis of Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B (HBV), Hepatitis A (HAV), and Hepatitis C (HCV), tuberculosis (TB) and syphilis infections was based on serological testing carried out on blood samples obtained by venous puncture. HIV, HBV, HVA and HCV were diagnosed using ELISA tests. Chronic HBV was detected through the HBsAg and the IgG anti-HBc, the diagnosis of TB was performed using the QuantiFERON-TB Gold (QFT) test, and the diagnosis of syphilis using the VDRL test.

The data were collected according to the Italian law of privacy data. No specific consent was required since data were collected in anonymous and aggregate form. The data collected and elaborated in the present study are those of the data flow given every year to the Veneto Region.

Results

The number of people entrant and of imprisonment subjects between 2019-2021 in the Padua prisons are shown in Tab. 1.

Tab. 1 - Number of people entrant and of imprisonment subjects between 2019-2021 in the Padua prisons

	People entrant	Imprisonment subjects (total on Dec 31)
2019	560	825
2020	439	611
2021	318	691

The percentage of entrant people between 2019-21 tested in the Padua prisons was very high (Fig. 1).

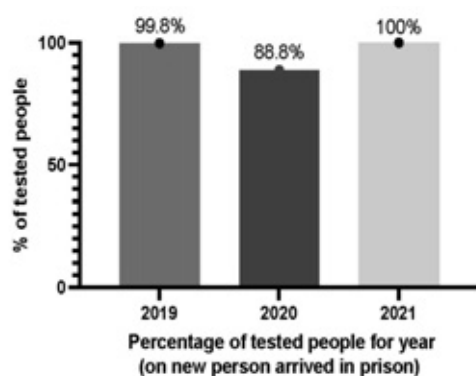
In Padua prisons the blood test screening for infectious diseases is offered to all entrant people and it is repurposed for the persons who have behavioral risk (Tab. 2).

In entrant people the percentage of HIV positive subjects was 1.2, 1.5 and 1.6 in the 2019, 2020, and 2021, respectively (Fig. 2).

Tab. 2 - Blood test screening in Padua prisons between 2019-2021

	2019	2020	2021
HIV			
Number of tested people	559	7 (1.2%)	10 (1.8%)
Number of positive patients per year (incidence)	390	6 (1.5%)	16 (4.10%)
Number of positive patients (total) (prevalence)	318	5 (1.6%)	5 (1.6%)
HAV			
Number of tested people	0	0	0
Number of positive patients per year (incidence)	0	0	0
Number of positive patients (total) (prevalence)	0	0	0
HBV			
Number of tested people	559	17 (3%)	35 (6.3%)
Number of positive patients per year (incidence)	390	13 (3.3%)	64 (16.4%)
Number of positive patients (total) (prevalence)	318	25 (7.9%)	132 (41.5%)
HCV			
Number of tested people per year	559	31 (5.5%)	65 (11.6%)
Number of positive patients per year (incidence)	390	17 (4.3%)	56 (14.3%)
Number of positive patients (total) (prevalence)	318	36 (11.3%)	60 (18.9%)
TB			
Number of tested people per year (Mantoux)	0	0	0
Number of positive patients per year (incidence)	559	80 (14.3%)	160 (28.6%)
Number of positive patients (total) (prevalence)	0	0	0
Number of tested people (Quantiferon)	390	54 (13.8%)	136 (34.9%)
Number of positive patients per year (incidence)	0	0	0
Number of positive patients (total) (prevalence)	318	52 (16.3%)	153 (48.1%)
Syphilis			
Number of tested people per year	559	6 (1%)	14 (2.5%)
Number of positive patients per year (incidence)	390	0	0
Number of positive patients (total) (prevalence)	318	3 (0.9%)	4 (1.2%)

Fig. 1 - Percentage of entrant people tested in Padua prison between 2019-2021



During the 2021 the percentage of HBV subjects increased to 7.9%, starting from the 3% and 3.3% of 2019, and 2020, respectively (Fig. 2). An increased trend in the percentage of positive subjects was also observed with HCV where was observed in 2021 the 11.3% of persons positive, versus the 5.5% and 4.3% of subjects observed in the years 2019 and 2020, respectively (Fig. 2).

The percentage of TB positive subjects was very elevated, attesting to 14.3%, 13.8% and 16.3% during the 2019, 2020, and 2021, respectively (Fig. 2).

The percentage of syphilis positive was very low, attesting to 1%, 0% and 0.9% for the years 2019, 2020, and 2021, respectively (Fig. 2).

The prevalence of HIV in prison population was 1.8, 4.1 and 1.6% in 2019, 2020 and 2021, respectively (Fig. 3). Interestingly in the 2021 was observed in the detained people a strong increase in the prevalence of HBV (41.5%), HCV (18.8%) and TB (48.1%) infection (Fig. 3).

Discussion

Our study confirms that the infectious diseases between prison population are an important warning of public health. Interestingly, our data indicate how during the 2021 the prevalence of HBV, HCV and TB was increased versus the previous years. The reasons may be due to several conditions. The first may be due by the fact that during the 2021 were increased the imprisonment people coming from the countries where are more prevalent the infection diseases such us HBV, HCV and TB. The second may be due by a reduced treatment of the infection diseases during the pandemic Covid-19 era.

The work suggests important indications for the treatment of infections diseases inside the prisons. The first is to develop screening program for all entrance people for the most important infectious diseases, the second to facilitate the diagnosis and the treatment with the realization of point of care able to treat patients inside prisons.

The study shows some limits. The first is that it does not make a population stratification in term of demographic and clinical characteristics, the second is that it does not reveal the percentage of people treated.

Finally, our study indicates how the screening and the treatment of detained people should be a strategic action of public health able to control the spread of infection inside prisons but also in the general population.

Fig. 2 - The incidence of infectious diseases in the entrant people in the Padua prisons

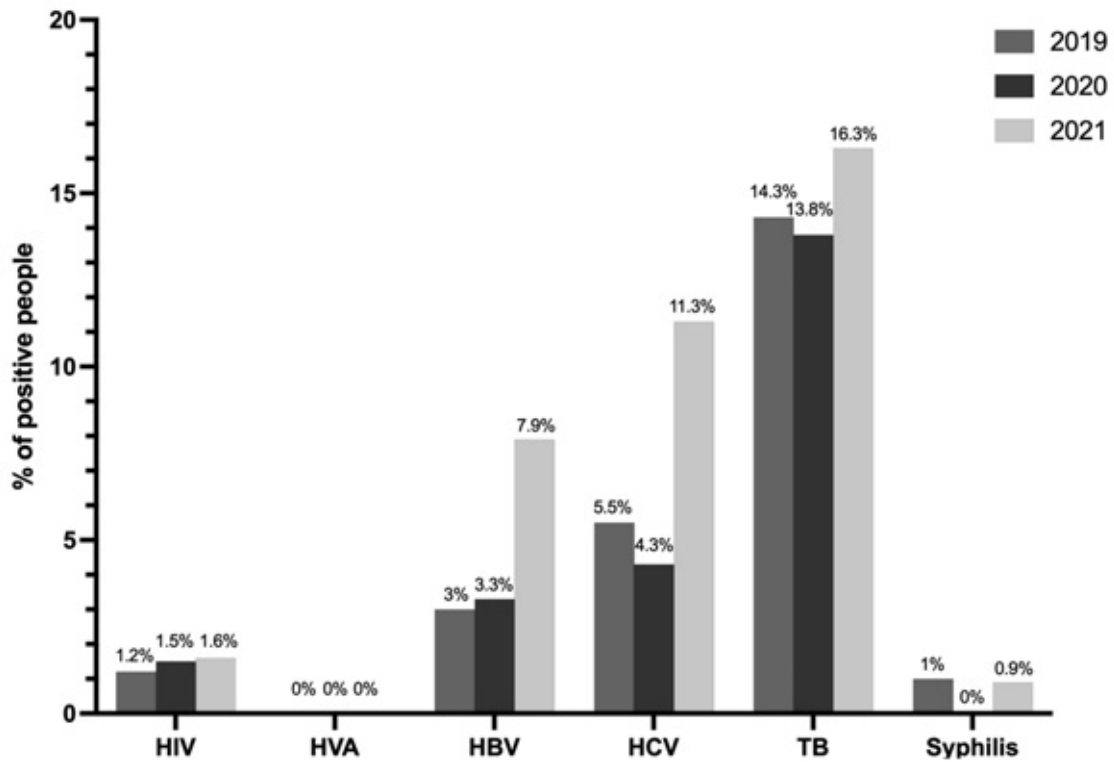
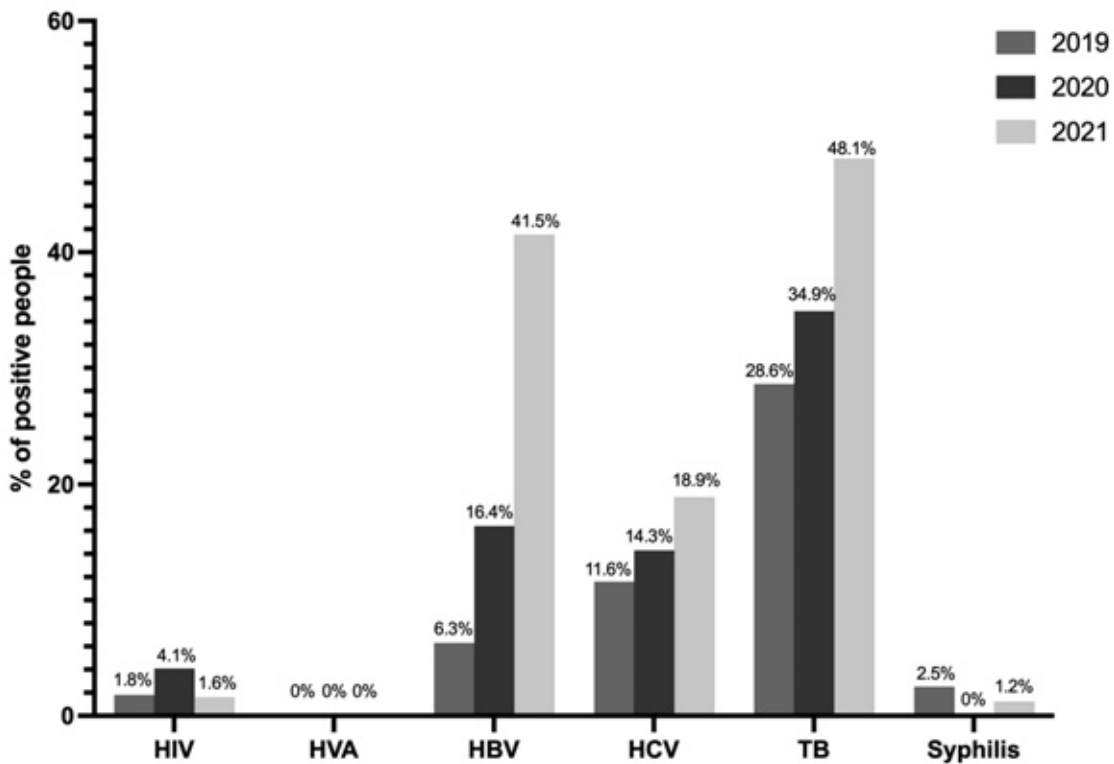


Fig. 3 - Prevalence of infectious diseases in the people of the Padua prisons



Conclusion

Our study shows how inside prisons the most prevalent illnesses are the infectious disease and how there are several barriers for the screening, the linkage of care and the treatment.

The study indicates how during the 2021 the prevalence of the infectious diseases is growing for several reasons despite there are effective treatment for most important illnesses.

Today several conditions limit the treatment of the infectious disease inside the prisons: the first is the low rate of screening; the second is the barriers of the linkage of care; the third is the evidence that only few patients receive inside prisons the specialist treatment; the fourth the non-application of the harm reduction measures, and the fifth the double stigma for detention and for the infectious disease.

The paper highlights priority areas and best practice for improving infection diseases treatment in correctional settings that are:

- changing political will, ensuring access to infectious diseases diagnosis and testing;
- promoting optimal model of infectious diseases care and treatment such as the point of care;
- improving surveillance and monitoring of the infectious diseases, reducing stigma and tracliking the social determinants of health inequalities;
- implementing infectious disease prevention and harm reduction programs, and advancing prison based research.

Acknowledgements

The authors thank the health care staff inside prisons for the data collection.

References

- Aldridge R.W., Story A., Hwang S.W., Nordentoft M., Luchenski S.A., Hartwell G., Tweed E.J., Lewer D., Katikireddi S.V., Hayward A.C. (2017). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 391: 241-250.
- Altice F.L., Mostashari F., Selwyn P.A. et al. (1998). Predictors of HIV infection among newly sentenced male prisoners. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.*, 18(5): 444-453.
- Altice F.L., Marinovich A., Khoshnood K. et al. (2005). Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection. *J. Urban Health*, 82(2): 312-326.
- Altice F.L., Azbel L., Stone J. et al. (2016). The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet*, 388(10050): 1228-1248.
- Alvarado Esquivel C., Sablon E., Martinez-Garcia S., Estrada-Martinez S. (2005). Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiol. Infect.*, 133(4): 679-685.
- Andrinopoulos K., Kerrigan D., Figueroa J. et al. (2010). Establishment of an HIV/sexually transmitted disease programme and prevalence of infection among incarcerated men in Jamaica. *Int. J. STD AIDS*, 21(2): 114-119.
- Andrus J.K., Fleming D.W., Knox C. et al. (1989). HIV testing in prisoners: is mandatory testing mandatory? *Am. J. Public Health*, 79(7): 840-842.
- Azbel L., Polonsky M., Wegman M. et al. (2016). Intersecting epidemics of HIV, HCV, and syphilis among soon-to-be released prisoners in Kyrgyzstan: implications for prevention and treatment. *Int. J. Drug Policy*, 37: 9-20.
- Bick J.A. (2007). Infection control in jails and prisons. *Clin. Infect. Dis.*, 45(8): 1047-1055.
- Binswanger I.A., Blatchford P.J., Forsyth S.J., Stern M.F., Kinner S.A. (2016). Epidemiology of infectious disease-related death after release from prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia: a cohort study. *Public Health Rep.*, 131(4): 574-582.
- Bosworth R., Borschmann R., Altice F.L., Kinner S.A., Dolan K., Farrell M. (2022). HIV/AIDS, hepatitis and tuberculosis-related mortality among incarcerated people: a global scoping review. *Int. J. Prison Health*, 18(1): 66-82.
- Clarke J.G., Waring M.E. (2012). Overweight, obesity, and weight change among incarcerated women. *J. Correct Health Care*, 18(4): 285-292.
- Cropsey K.L., Wexler H.K., Melnick G. et al. (2007). Specialized prisons and services: results from a national survey. *Prison J.*, 87: 58-85.
- Deiss R.G., Rodwell T.C., Garfein R.S. (2009). Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin. Infect.*, 48(1): 72-82.
- Degenhardt L., Whiteford H.A., Ferrari A.J. et al. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 382(9904): 1564-1574.
- Dolan K., Wirtz A.L., Moazeb B. et al. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*, 388(10049): 1089-1102.
- Hanass-Hancock J., Chappel P., Myezwa H. et al. (2016). Committing to disability inclusion to end AIDS by 2030. *Lancet HIV*, 3(12): e556-e557.
- Houle B. (2014). The effect of incarceration on adult male BMI trajectories, USA, 1981-2006. *J. Racial Ethn Health Disparities*, 1(1): 21-28.
- Howel B.A., Long J.B., Edelman E.J. et al. (2016). Incarceration history and uncontrolled blood pressure in a multisite cohort. *J. Gen. Intern. Med.*, 31(12): 1496-1502.
- Kamarulzaman A., Reid S.E., Scwitters A. et al. (2016). Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet*, 388 (10049): 1115-1126.
- Massoglia M. (2008). Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *J. Health Soc. Behav.*, 49(1): 56-71.
- Massoglia M., Menster B. (2019). Linkages between incarceration and health. *Public health reports*, 134(Suppl. 1): 8S-14S.
- Massoglia M., Pridemore W.A. (2015). Incarceration and health. *Annu. Rev. Sociol.*, 41: 291-310.
- Massoglia M., Pare P.P., Schnittker J., Gagnon A. (2014). The relationship between incarceration and premature adult mortality: gender specific evidence. *Soc. Sci. Res.*, 46: 142-154.
- Nava F.A., Bassetti G., Cristofolletti M., Fornaini M., Geraci R., Paties M., Poggi C., Tolio S., Pileri C. (2021). Hepatitis delta is a public health concern in the community setting: The role of prison health care units in limiting the spread of infection in general population. *Mission – Italian Quarterly Journal of Addiction*, 56: 43.
- Ndeffo-Mbah M.L., Vigliotti V.S., Skrip L.A., Dolan K., Galvani A.P. (2018). Dynamic models of infectious disease transmission in prisons and the general population. *Epidemiol. Rev.*, 40: 40-57.
- Niveau G. (2006). Prevention and infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*, 120(1): 33-41.
- Rich J.D., Beckwith C.G., Macmadu A. et al. (2016). Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *Lancet*, 388(10049): 1103-1114.
- Roberts J.M., Redman C.W. (1993). Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. *Lancet*, 341(8858): 1447-1451.
- Rosen D.L., Wohl D.A., Schoenbach V.J. (2011). All-cause and cause-specific mortality among black and white North Carolina state prisoners, 1995-2005. *Ann. Epidemiol.*, 21(10): 719-726.
- Sayyah M., Rahim F., Kayedani G.A., Shirbandi K., Saki Malehi A. (2018). Global view of HIV prevalence in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Iran J. Public Health*, 48: 217-226.
- Schnittker J., John A. (2007). Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. *J. Health Soc. Behav.*, 48(2): 115-130.
- Seval N., Wucl A., Gunderson C., Grimshaw A., MSLIS, Springer S.A. (2020). The impact of medication for opioid use disorder on hepatitis C incidence among incarcerated persons: a systematic review. *Infect. Dis. Clin. North Am.*, 34(3): 559-584.
- Spaulding A.C., Seals R.M., McCallum V.A., Perez S.D., Brzozowski A.K., Steenland N.K. (2011). Prisoner survival inside and outside of the institution: implications for health-care planning. *Am. J. Epidemiol.*, 173(5): 479-487.
- Stone J., Fraser H., Lim A.G., Walker J.G., Ward Z., MacGregor L., Trickey A., Abbott S., Strathdee A.A., Abromovitz D., Maher L., Iversen J., Bruneaus J., Zang G., Garfein R.S., Yen Y.F., Azim T., Mehta S.H., Millay M.J., Hellard M.E., Scks-Davis R., Dietze P.M., Aitken C., Aladashvili M., Tsertvadze T., Mravck V., Alary M., Roy E., Smyrnov P., Sazonova Y., Young A.M., Havens J.R., Hope V.D., desai M., Heinsbroek E., Hutchinson S.J., Palmateer N.E., McAuley A., Platt L., Martin N.K., Altice F.L., Hickman M., Vikerman P. (2018). *Lancet Infect. Dis.*, 18: 1397-1409.
- Wang E.A., Pletcher M., Lin F. et al. (2009). Incarceration, incident hypertension, and access to health care: findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Arch. Intern. Med.*, 169(7): 687-693.
- Western B. (2006). *Punishment and Inequality in America*. New York, NY: Russell Sage.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VIII, n. 33

MISSION n. 57

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

Presentazione

I casi clinici presentati nella newsletter nascono da una proposta formativa nazionale di FeDerSerD, di Lavoro di Gruppo con supervisione, per un confronto interattivo sulla presa in carico del paziente alcolista attraverso l’analisi di un Caso Clinico.

Modalità di approccio, caratteristiche dei pazienti, valutazione e presa in carico, definizione degli obiettivi del percorso di cura, le terapie farmacologiche nella varie fasi del trattamento sono alcuni degli argomenti trattati da vari Ser.D./Servizi alcolologici (in media 25 partecipanti delle varie professioni) sulla base di un elaborato di un Ser.D. promotore.

Quindi un momento di accompagnamento e confronto nelle problematiche terapeutiche e un momento di condivisione dei livelli di buone prassi ritenute essenziali all’interno dell’attività di un Servizio.

La definizione di un Case Report idoneo alla pubblicazione scientifica conclude il lavoro e qui viene presentata.

FeDerSerD ha messo a disposizione oltre alla organizzazione anche un supervisore, per i due casi qui presentati, il dott. Edoardo Cozzolino.

Alfio Lucchini (coordinatore del progetto)

Cartof Fierbinte – La Patata bollente!

I confini tra competenze sociali e sanitarie e tra clinica e riabilitazione

Teo Vignoli[^], Miriam Savarese[^], Michela Tazzini[^], Stefano Aringhieri^{**}, Paola Avveduti[^], Giorgia Bondi^{°°}, Monica Bosi[°], Simona Brunetti[^], Luigi Caputo^{*}, Gaetano Cerreto[°], Luigi De Donno^{°°°}, Sabrina Ferroni^{*}, Daniela Forlano^{**}, Giuseppa Ghetti[^], Cinzia Ghidoni^{^^^}, Daniele Innocenti^{*}, Giovanna Maria Latino^{**}, Mirta Malpassi^{°°}, Andrea Martini[^], Elisa Martino[^], Antonella Monti^{^^}, Angela Piovani^{*}, Federica Righi^{**}, Barbara Rossi^{°°}, Maria Caterina Staccioli^{°°}, Edoardo Cozzolino^{***}

Introduzione

Il Sig. C.G. è un uomo di 47 anni, rumeno, in Italia dal 2009 ma privo di residenza. In Romania faceva l'agente di sicurezza mentre in Italia ha svolto per alcuni periodi l'operaio agricolo ma è senza lavoro da anni. La rete familiare (genitori, fratello e sorella con le rispettive famiglie, ex moglie e figlio minore) vive all'estero, tra Romania ed Inghilterra.

I primi contatti con C.G. sono avvenuti nel 2020 quando il medico del Ser.D. ha svolto una consulenza in Pronto Soccorso, dove C.G. era giunto per abuso alcolico occasionale (negava abuso ricorrente) e nel quale ha rifiutato un appuntamento di approfondimento al Ser.D.

Un anno dopo la Caritas, che lo supportava con erogazione di viveri, ha segnalato il paziente al nostro servizio per abuso ricorrente di alcol, riferendo che si trattava di persona senza lavoro e senza fissa dimora, che viveva sotto una tettoia, nei parchi o in una lavanderia notturna.

Il Sig. C.G. è stato accompagnato al colloquio di accettazione da un volontario della Caritas e dal prete ortodosso di riferimento per la comunità rumena (presente sia per conoscenza che per mediazione linguistica e culturale).

Osservazione e diagnosi

In un'ottica di osservazione e valutazione, è stato effettuato un colloquio da parte dell'assistente sociale del Ser.D. congiuntamente all'assistente sociale del territorio da cui è emerso che:

- il paziente era sostenuto dalla comunità rumena e dalla chiesa ortodossa per ricevere alimenti tipici rumeni ed

avere occasioni di socializzazione e condivisione culturale;

- la nostalgia per il paese di origine e la mancanza di una rete di relazioni significative in Italia avevano inciso negativamente sull'umore, evidenziando sintomi depressivi che contribuivano ad alimentare il craving e ad esaltare gli effetti psicoattivi dell'alcol;
- il baratto era il metodo per procurarsi il vino: ricevendo del pane secco da un supermercato, lo portava alle galline di un contadino in cambio di vino; allo stesso modo, garantendo il controllo delle arnie posizionate da un apicoltore nei dintorni, riceveva ulteriore vino.

Il bisogno espresso dalla persona nel colloquio era quello di raggiungere una stabilità abitativa di poter stare meglio per riprendere le relazioni, anche sentimentali.

In una prospettiva di lavoro di rete, sono stati presi contatti con le forze dell'ordine che hanno descritto la persona come non pericolosa, sebbene diventasse molesto e fastidioso dopo aver bevuto.

Sanzionato per ubriachezza e non rispetto delle misure Covid, aveva subito delle denunce per violenza privata (per aver aperto lo sportello di un'auto), estorsione (per essersi messo davanti ad un cancello impedendo alla persona di uscire se non avesse pagato 50 euro) e furto (per aver rubato delle brioches al bar).

È stato inoltre somministrato il questionario Audit di screening sul consumo di alcol che ha dato un punteggio pari a 11, compreso quindi nel range tra 8 e 13 che corrisponde a consumo alcolico eccessivo e/o problemi alcol-correlati, con scarsa probabilità di dipendenza da alcol (Higgins-Biddle *et al.*, 2018).

È stata quindi eseguita una visita medica nella quale il paziente riferiva di consumare alcol dalla giovane età, prima con coetanei e poi in ambiente familiare, in maniera non continuativa ma frequente (2-5 vv/settimana) con episodi di binge drinking (6-10 unità in poche ore) ricorrenti, asserendo di non aver mai sviluppato dipendenza fisica o psicologica (negava tentativi di interruzione del consumo).

Da quando è in Italia riferiva consumo di circa mezzo litro di vino/die con dosi superiori quando riesciva ad aver maggior disponibilità economica.

[^] UO Dipendenze Patologiche Lugo AUSL Romagna.

^{**} UO Dipendenze Patologiche Forlì AUSL Romagna.

^{°°} UO Dipendenze Patologiche Rimini AUSL Romagna.

[°] UO Dipendenze Patologiche Faenza AUSL Romagna.

^{*} UO Dipendenze Patologiche Ravenna AUSL Romagna.

^{°°°} UO Dipendenze Patologiche Bologna AUSL Bologna.

^{^^^} UO Dipendenze Patologiche Piacenza AUSL Piacenza.

^{^^} UO Dipendenze Patologiche Cesena AUSL Romagna.

^{***} Esecutivo nazionale FeDerSerD – Milano.

Gli esami laboratoristici confermavano questo tipo di consumo: controlli ETG francamente positivi, GOT (45 U/L), GPT (46 U/L) e GGT (110 U/L) lievemente alterate e CDT negativa. Ammetteva inoltre che quando beveva si disinibiva con comportamenti talvolta inadeguati nei confronti degli altri, e rispetto agli accessi in PS e al fermo per guida della bicicletta in stato di ebbrezza, ammetteva l'abuso alcolico ma minimizzava le conseguenze.

Era evidente una motivazione al cambiamento esterna, legata alla richiesta del volontario Caritas e del Prete ortodosso, che avevano identificato l'astensione da alcolici come condizione necessaria per proseguire un progetto riabilitativo.

Dal punto di vista motivazionale era in fase contemplativa con frattura interiore scarsa e autoefficacia alta (Prochaska *et al.*, 1997).

Chi lo prende in carico? I Ser.D. devono occuparsi anche dell'Uso Dannoso in alcune situazioni?

Dal punto di vista diagnostico viene identificato un "Uso Dannoso" secondo i criteri dell'ICD-10 (World Health Organization, 2004) e un "Disturbo da Uso di Alcol (DUA) Lieve" secondo i criteri del DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

Sebbene sotto il profilo della addiction il Sig. C.G. non sia grave, il potenziale impatto dell'abitudine alcolica sulla condizione sociale individuale e di integrazione con il territorio, e la presenza di forti fattori di rischio per un peggioramento del DUA nel tempo, convincono l'equipe sulla opportunità di presa in cura presso il Ser.D.

Il programma terapeutico

È stato quindi attivato un programma terapeutico integrato con coinvolgimento del paziente ma anche di tutti i protagonisti della rete, che fin dall'inizio hanno avuto un ruolo fondamentale. In un'ottica di recovery e di facilitazione del processo di cambiamento volto al miglioramento della condizione fisica, psichica e sociale del paziente è stato redatto un contratto terapeutico (Pacetti *et al.*, 2017) che prevedesse una serie di impegni presi dal paziente stesso, dai Servizi e dalla rete sociale informale:

- impegni e risorse del paziente: mantenere l'astensione dalle sostanze, fare controlli tossicologici regolari, colloqui con gli operatori del Ser.D., non creare problemi di ordine pubblico e partecipare alle attività della Caritas (corso di italiano e volontariato);
- impegni e risorse dei Servizi: risolvere il problema della residenza, requisito fondamentale per l'iscrizione al sistema sanitario e per l'accesso ad una serie di prestazioni e servizi;
- impegni e risorse della rete informale (Caritas e Prete ortodosso): fornire i pasti, nonché monitorare e supportare emotivamente il paziente.

In questa fase la presenza di un DUA lieve non ha posto indicazione a trattamento farmacologico e la presenza di forti limiti sul versante motivazionale e culturale non ha reso opportuno interventi psicoterapici.

Il ruolo del Ser.D. è stato quindi quello di definire e sostenere la rete formale e informale a sostegno del paziente e di promuovere l'astensione da alcol attraverso la logica del contingency management (De La Garza, 2017), ossia il rinforzo attraverso una serie di supporti socio-sanitari del cambiamento atteso da parte del paziente.

In modo autonomo e casuale il Sig. C.G. ha trovato una roulotte disabitata e l'ha occupata, previa condivisione con il proprietario del terreno ove "stazionava" il mezzo.

Tale azione gli ha permesso di avere una maggior stabilità rispetto alla vita di strada e mostrare competenze prima in ombra, come le capacità di cura di sé e dell'ambiente dimostrata durante le visite domiciliari effettuate, unitamente ad una attenzione all'accoglienza pur con risorse limitate.

Stabilità e rete di supporto hanno favorito, in un circolo virtuoso, un aumento della compliance di C.G., la riduzione dei consumi alcolici fino al raggiungimento dell'astensione completa per alcune settimane (certificata da esecuzione settimanale di etilglucuronide urinaria), la ripresa di attività fisica mattutina e la cura di un piccolo orto.

Purtroppo dopo pochi mesi C.G. ha ricevuto la notizia di dover abbandonare la roulotte per mancata disponibilità del proprietario terriero a rinnovare l'ospitalità.

Questo evento critico ha rappresentato il trigger di emozioni negative (rabbia, perdita di speranza, depressione, impotenza) (Suzuki *et al.*, 2020) tale da condizionare una importante ricaduta nell'abuso alcolico e l'abbandono di tutte le attività fino a quel momento svolte.

Dopo 3 settimane, C.G. ha fatto un grave incidente in bicicletta in stato di ebbrezza, con conseguente ricovero ospedaliero.

La sindrome astinenziale

C.G. viene trasportato dal 118 in PS in evidente stato di ebbrezza: gli esami ematici mostrano un valore di 2.17 gr/L di alcolemia con GPT aumentate (237 U/I) a conferma del fatto che l'abuso era stato continuativo nelle ultime settimane. Gli esami strumentali evidenziano:

- Rx torace: fratture costali multiple e lieve PNX dx.
- TC encefalo: non lesioni.
- Rx rachide: frattura cervicale duplice in C6 e singola in C7.

Il paziente viene quindi tenuto in osservazione durante la notte in attesa di ricovero, ma la mattina seguente si manifesta importante agitazione psicomotoria per cui viene chiesta consulenza alcolologica.

Alla visita medica vengono rilevate agitazione ansia, lievi tremori, nausea e lieve disturbo dell'attenzione che risultano concomitanti con la discesa dell'alcolemia.

Viene posta quindi diagnosi di sindrome di astinenza da alcol (SAA) e viene eseguita la scala CIWA-Ar che mostra un punteggio di 13 compatibile con astinenza di grado moderato. Coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e internazionali (Caputo *et al.*, 2019) le possibili scelte terapeutiche sono

benzodiazepine, sodio oxibato o tiapride. Viene scelto il sodio oxibato per una serie di vantaggi:

- emivita più bassa (0,5 ore) della BDZ con minor emivita ed efficace nel trattamento antiastinenziale (oxazepam), con conseguente maggior maneggevolezza in tutti i casi in cui gli effetti collaterali di tipo sedativo possono confondere il quadro clinico e quindi può essere necessario interrompere o ridurre la tp (trauma cranico con o senza emorragia, encefalopatia epatica o di altra origine ecc.) (Testino *et al.*, 2020);
- possibilità di proseguire il trattamento nei mesi successivi il superamento della sindrome astinenziale come farmaco anticraving se ritenuto necessario o nel caso in cui al termine della sindrome di astinenza acuta dovessero permanere alcuni sintomi caratteristici della sindrome da astinenza protratta (SAP) come ansia, insonnia, disforia ecc. (Lucchini, 2020);
- maggior maneggevolezza alla sospensione in quanto le benzodiazepine devono essere scalate progressivamente per evitare sindrome astinenziale e nei casi di scarsa compliance del paziente presentano il rischio da un lato di astinenza da BDZ (se le sospende di colpo) e dall'altro di dipendenza da BDZ (se non le riesce a scalare); al contrario il sodio oxibato, al dosaggio terapeutico, può essere sospeso anche senza scalaggio senza rischio di sindrome astinenziale (Owen *et al.*, 2008).

Il trattamento con sodio oxibato garantisce una remissione immediata dei sintomi astinenziali e viene sospeso al decimo giorno di ricovero che prosegue in casa di cura per altre 2 settimane al fine di stabilizzare la frattura cervicale, senza manifestazione di sintomi compatibili con SAP.

Sodio Oxibato come trattamento di continuità tra SAA e SAP

*In pazienti con SAA di grado moderato il Sodio Oxibato presenta dei vantaggi di maneggevolezza rispetto alle BDZ e, in caso di persistenza di sintomi tipici di SAP dopo il superamento della SAA può essere una valida opzione terapeutica per i primi 3-6 mesi dopo la sospensione del consumo di alcol (Caputo *et al.*, 2020).*

Situazione di “impasse” burocratica che blocca il progetto terapeutico

Nel corso del ricovero, dovendo riformulare il progetto di reinserimento sul territorio, gli impegni che i servizi avevano preso nel contratto terapeutico sulla regolarizzare della posizione sanitaria e sull'iscrizione anagrafica della persona sono diventati un'urgenza ma la questione è complessa.

Per poter regolarizzare l'iscrizione anagrafica è necessaria una copertura sanitaria annuale che il paziente non aveva in quanto, in qualità di cittadino europeo non comunitario, non era in possesso del tesserino STP (stranieri temporaneamente presenti), bensì di tesserino Eni che prevede una copertura emergenziale con durata massima di 6 mesi (Regione Emilia-Romagna, 2021).

Al contempo, l'iscrizione al sistema sanitario nazionale, anche a pagamento, è possibile solo ai residenti o a chi ha lavorato almeno 366 gg in Italia.

Dunque non è possibile prendere la residenza perché non c'è un'assicurazione sanitaria annuale e l'iscrizione annuale al sistema sanitario nazionale non è possibile in mancanza della residenza!

Per uscire dal circolo vizioso, abbiamo ritenuto opportuno convocare un gruppo tecnico. Oltre agli operatori Ser.D., hanno partecipato gli operatori della Caritas, l'insegnante di italiano, l'assistente sociale del territorio, la responsabile dell'area adulti dei servizi sociali territoriali, l'assessore comunale.

Dopo accesi confronti in cui il Ser.D. chiedeva una forzatura sull'iscrizione anagrafica, già negata due volte a causa del timore da parte del servizio sociale e dell'assessore comunale di radicare sul territorio una persona problematica, si è ragionato sul paradigma cura/stigma ponendo al centro una visione della persona come paziente che può funzionare solo se curato, e del paziente come persona titolare di diritti necessari al benessere complessivo, e non come delinquente. In linea con queste riflessioni si è concordato che l'anagrafe avrebbe concesso l'iscrizione anagrafica temporanea, in attesa di iscrizione al sistema sanitario nazionale a pagamento, a patto che il paziente avesse accettato un periodo di stabilizzazione e approfondimento delle condizioni cliniche e della compliance presso un Centro di Osservazione e Diagnosi (COD), con la disponibilità di una presa in carico stabile e continuativa da parte del nostro servizio anche dopo tale periodo.

È stato quindi individuata la struttura più idonea valutando i criteri di vicinanza territoriale, possibilità di approfondimento diagnostico e presenza di zone verdi che il paziente ha accettato.

Il progetto deve valere più delle procedure

Per uscire da una situazione di impasse burocratica l'unica possibilità è stata quella di assumersi la responsabilità condizionale di fare un'eccezione alla procedura, giustificata dal progetto: il comune e i servizi sociali sui criteri di concessione della residenza e sul finanziamento dell'iscrizione al SSN e il Ser.D. sui criteri di ingresso in COD per problematica sostanzialmente sociale.

Progetto di domiciliarità personalizzato

Il Sig. C.G. ha mostrato una gravità di DUA superiore a quella che avevamo diagnosticato a inizio percorso, non fosse altro per la manifestazione di SAA: la comparsa di SAA dopo periodi brevi di abuso continuativo, in questo caso solo 3 settimane, è indice del fenomeno del kindling secondo il quale ogni SAA successiva è più rapida e grave della precedente (Becker, 1998).

Contemporaneamente però il Sig. C.G. ha dimostrato di avere un buon esito sul versante alcologico se messo nelle condizioni di avere una casa, una occupazione e una rete di supporto. Cerchiamo quindi di formulare un progetto di domiciliarità

personalizzato ma il Sig. C.G. sembra inadeguato ad ogni progetto:

- l'housing first potrebbe essere adatto, a fronte dell'impossibilità di garantire una astensione protratta da alcol, purtroppo però il progetto sul nostro territorio non è aperto ai pazienti con dipendenza patologica;
- gli appartamenti supportati accolgono pazienti al termine di un percorso comunitario e quindi il Sig. C.G. non presenta i criteri necessari;
- per accedere a case di edilizia popolare, con eventuale affiancamento di un operatore di prossimità, sono necessari due anni di residenza che, invece, abbiamo appena ottenuto con grande fatica;
- progetti sperimentali in collaborazione con il privato sociale che si assume la titolarità dell'affitto di appartamenti con supporto educativo, sono presenti per i pazienti affetti al CSM ma non per i pazienti dei Ser.D.;
- un affitto a totale carico del servizio sociale non è stato accettato in quanto il paziente aveva anche istanze sanitarie rilevanti.

Dopo 3 mesi di inserimento al COD, il gruppo tecnico si è quindi nuovamente riunito per capire come proseguire il percorso alla luce dell'impossibilità di seguire percorsi standard. Dopo lunga discussione è stato possibile definire una collaborazione tra tutti i nodi della rete a favore di un progetto condiviso che prevedeva:

- cercare nel mercato privato una casa con pagamento del canone mensile da parte del prete ortodosso e della Caritas congiuntamente;
- garantire il deposito cauzionale per l'affitto e le utenze da parte del servizio sociale;
- fornire un intervento di prossimità con monitoraggio educativo plurisettimanale da parte di operatori Ser.D., con attivazione di un tirocinio formativo, ripresa del programma ambulatoriale e accompagnamento alla vaccinazione (propedeutica al percorso formativo, lavorativo).

La soluzione finale, che ha definito il progetto terapeutico tuttora in corso, è stata sicuramente soddisfacente ma è emersa dopo conflitti istituzionali e sforzi enormi da parte degli operatori coinvolti che hanno quindi sottolineato alcune riflessioni.

1. *la domiciliarità è un ambito troppo rilevante nel progetto riabilitativo del paziente per essere relegata a progetti rigidi con budget separati e divisi in base a tipologia di pazienti, servizi di afferenza ecc.: è necessaria maggiore elasticità e un ulteriore passaggio di risorse dai progetti di comunità a quelli di reinserimento territoriale;*
2. *la casa è un diritto fondamentale oltre che una opportunità di autodeterminazione e la residenza diventa imprescindibile per garantire anche il diritto al lavoro (senza residenza non ci si può iscrivere al centro per l'impiego e non si può aprire la partita iva - art. 4 costituzione), il diritto alla difesa (senza la residenza non si può accedere al Servizio Sanitario Nazionale - art. 24 costituzione), il diritto alla salute (senza la residenza non si può accedere*

al servizio sanitario nazionale, non si può eleggere il medico di base e non si può usufruire delle esenzioni previste - art. 32 costituzione) e la possibilità di integrazione in caso di disabilità (senza residenza non si ha accesso ai servizi di welfare locale, non si può percepire la pensione sociale o di invalidità - art. 38 costituzione);

3. *l'utilizzo delle risorse del territorio, unitamente a quelle delle istituzioni, è stato preso in considerazione in modo completo solo nel momento in cui ci si è trovati in un vicolo cieco. L'ottica del budget di salute (Starace, 2011), che di fatto è stata quella adottata sebbene informalmente, potrebbe essere uno strumento utile applicabile anche alle dipendenze patologiche ma ancora questo non è finanziato e sostenuto sufficientemente, come invece è stato ribadito a più riprese nell'ultima conferenza nazionale sulle droghe (26-27 novembre 2021);*
4. *L'Housing First è un modello di intervento nell'ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità, basato sull'inserimento diretto, in appartamenti indipendenti, di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo cronico allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale, nonostante non sia presente una remissione protratta dal punto di vista sintomatologico (Gatta et al., 2018); quest'ottica, che inverte la sequenza temporale tra housing ed esito del trattamento è un presidio fondamentale di riduzione del danno e non può essere presente solo in alcuni territori o solo per alcune tipologie di pazienti.*

La terapia farmacologica di mantenimento

Definito il programma di reinserimento territoriale, l'ultimo tassello è quello della terapia farmacologica, che in un paziente con 3 mesi di astensione da alcol, craving riferito assente e motivazione al mantenimento dell'astensione apparentemente alta, non è strettamente indicato.

I trattamenti anticraving (acamprosato, naltrexone e sodio oxibato) non hanno indicazione in quanto non è presente craving e il Disulfiram non è indicato in paziente astinente con frattura interiore bassa e autoefficacia alta.

Si concorda quindi con il paziente un monitoraggio sanitario stretto, soprattutto per i primi mesi, al fine di identificare le condizioni per cui potrebbe diventare opportuno iniziare un trattamento farmacologico con:

- **Acamprosato:** nel caso in cui il paziente pur riuscendo fare periodi significativi di astensione, vada in contro a ricadute limitate nel tempo (efficacia del farmaco nel prevenire ricaduta in paziente che riesce a raggiungere astensione) (Rösner et al., 2008).
- **Sodio Oxibato,** in caso di ricomparsa del craving o in caso di ricaduta più grave e continuativa, in quanto il farmaco è stato già sperimentato in fase anti-astinenziale e non ha mostrato effetti collaterali o craving per il farmaco, la presenza di un servizio di prossimità plurisettimanale può garantire un monitoraggio sull'uso del farmaco ed ottien-

mo la possibilità di trattare contemporaneamente craving per alcol ed eventuali sintomi iniziali di astinenza (van den Brink *et al.*, 2018).

- Disulfiram: in caso in cui le ricadute non siano correlate a incremento del craving legato ad eventi critici specifici, ma bensì alla difficoltà del paziente a garantire un controllo cognitivo sulla tentazione a consumare alcol in situazioni di vita normale e ci sia la motivazione del paziente ad assumere terapia avversivante per evitarle (Skinner *et al.*, 2014).

Conclusioni

Nei casi clinici come il Sig. C.G., complessi sia sotto il profilo sociale che sanitario, alcuni aspetti metodologici dell'intervento sono rilevanti:

1. tenere fluide e intercomunicanti tutte le interfacce istituzionali attraverso gruppi tecnici, unità di valutazione multidisciplinari, nuclei di valutazione e quant'altro, al fine di gestire in corresponsabilità i passaggi clinico-gestionali più complessi che non rientrano nella pratica "as usual";
2. garantire la multi professionalità dell'intervento: in questo caso hanno partecipato assistenti sociali, educatori, medici, infermieri, rappresentanti del volontariato, del clero, del privato sociale e, in prospettiva futura, quando le competenze linguistiche saranno migliori, l'ipotesi di un affiancamento psicologico sarà strategico;
3. utilizzare strumenti di intervento che garantiscano di far emergere tutte le risorse e le complessità dell'intervento per evitare di apprezzarle solo a seguito delle manifestazioni di problematicità dei pazienti o degli scontri istituzionali tra servizi: il budget di salute potrebbe essere uno strumento utile, attualmente sotto-utilizzato, da potenziare nei Ser.D.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05.

Becker H.C. (1998). Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*, 22(1): 25-33.

Caputo F., Agabio R., Vignoli T., Patussi V., Fanucchi T., Cimarosti P., Meneguzzi C., Greco G., Rossin R., Parisi M., Mioni D., Arico' S., Palmieri V.O., Zavan V., Allosio P., Balbinot P., Amendola M.F., Macciò L., Renzetti D., Scafato E., Testino G. (2019). Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.*, Jan., 14(1): 143-160.

Caputo F., Cibirin M., Loche A., De Giorgio R., Zoli G. (2020). The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorder. *J Psychopharmacol.*, Nov., 34(11): 1171-1175.

Casalino D., Gatta D. (2018). Dal sapere al potere, l'esperienza della scelta La metodologia Housing First nell'esperienza ravennate. *SESTANTE*, 5: 42-47.

Costituzione della Repubblica Italiana - www.senato.it/istituzione/la-costituzione.

D.P.R. 223/1989.

De La Garza R. (2017). Reducing Alcohol Use Via Contingency Management and Verification Using a Urine Biomarker. *Am J Psychiatry*, Apr 1, 174(4): 309-310.

Higgins-Biddle J.C., Babor T.F. (2018). A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 44(6): 578-586.

L. 1228/1954.

Lucchini A. (2020). La sindrome da astinenza alcolica protratta. *Mission*, 53: 33-35.

Owen R.T. (2008). Sodium oxybate: efficacy, safety and tolerability in the treatment of narcolepsy with or without cataplexy. *Drugs Today (Barc)*, Mar., 44(3): 197-204.

Pacetti M., Ravani C. (2017). *Con...trattare i DGP – Esperienze di utilizzo del Contratto Terapeutico presso il CSM di Forlì*. Sestante, 03: 20-23.

Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.*, Sep-Oct, 12(1): 38-48.

Regione Emilia-Romagna. Cittadini Stranieri. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/stranieri>.

Rösner S., Leucht S., Leherer P., Soyka M. (2008). Acamprostate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol.*, Jan., 22(1): 11-23.

Skinner M.D., Lahmek P., Pham H., Aubin H.J. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS One*, Feb 10, 9(2): e87366.

Starace F. (2011). *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Carocci.

Suzuki S., Mell M.M., O'Malley S.S., Krystal J.H., Anticevic A., Kober H. (2020). Regulation of Craving and Negative Emotion in Alcohol Use Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, Feb., 5(2): 239-250.

Testino G., Vignoli T., Patussi V., Scafato E., Caputo F. (2020). SIA board (Appendix A) and the external expert supervisors (Appendix B). Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis.*, Jan., 52(1): 21-32.

van den Brink W., Addolorato G., Aubin H.J., Benyamina A., Caputo F., Dematteis M., Gual A., Lesch O.M., Mann K., Maremmanni I., Nutt D., Paille F., Perney P., Rehm J., Reynaud M., Simon N., Söderpalm B., Sommer W.H., Walter H., Spanagel R. (2018). Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level. *Addict Biol.*, Jul., 23(4): 969-986.

World Health Organization (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. -- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>

L.M.: Un caso difficile?

La polidipendenza in comorbidità con disturbo psichiatrico

Lilia Nuzzolo[^], Anna Loffreda*, Giovanni Di Martino[°]

Il sig. L.M. fa ingresso la prima volta al Ser.D. di Capua il 30/09/2016; vi si reca accompagnato dalla moglie e la richiesta di aiuto avanzata si riferisce a problematiche correlate all'uso di alcol e cocaina.

Anamnesi

Il paziente ha 43 anni, è il primogenito di tre figli e i genitori sono entrambi viventi (madre in ABS e padre tracheotomizzato per CA corde vocali).

Proviene da famiglia benestante che ha provveduto al suo sostentamento; in particolare, è la sorella minore di età che continua a interessarsi al fratello e a sostenerlo.

L.M. è in possesso del diploma di Maturità Classica, è coniugato (la moglie svolge la professione di Avvocato) ed è padre di due figli.

Disoccupato; in passato ha svolto occasionalmente il lavoro di magazziniere.

Valutazione iniziale

Storia del sintomo

Riferisce uso ricorrente di alcol e cocaina con conseguente incapacità di adempiere a compiti pertinenti al ruolo familiare e sociale (causa di frequenti discussioni coniugali) e uso ripetuto anche in situazioni fisicamente rischiose (guida in stato di intossicazione alcolica).

All'anamnesi tossicologica riporta di avere iniziato ad assumere alcolici all'età di 16 anni con modalità binge.

Ha iniziato a fumare sigarette e hashish all'età di 18 anni e dopo un po' anche crack e cocaina, dapprima saltuariamente e poi quotidianamente dall'età di 25 anni.

Viene programmato un assessment comprendente approfondimento medico clinico svolto con esami urinari ed ematochimici e valutazione psicologica attraverso colloquio clinico e questionari ad hoc (tra cui il CAGE, l'AUDIT, il SOGS, MAC2-A e MAC2-C).

Viene formulata ipotesi diagnostica iniziale di DUS/DUA, ma emerge anche la presenza di un disturbo da gioco d'azzardo, non segnalato al momento del primo contatto con il servizio,

[^] Psicologo-Psicoterapeuta – Direttore U.O.C. Ser.D. Capua.

* Dirigente Medico – Responsabile U.O.S.D. "Alcologia" S. Maria C.V.

[°] Psicologo-Psicoterapeuta – Dirigente Psicologo di I livello U.O.C. Ser.D. Capua.

accentuato dall'uso di alcol e cocaina, con un'ingente somma di denaro speso al riguardo, con importi giornalieri che sovente raggiungono i 500 euro.

Nel corso del colloquio con la psicologa L.M. evidenzia che il gioco d'azzardo è praticato, con alta frequenza e consistenti somme di denaro investite, anche dal padre, dal nonno paterno e dallo zio, quasi a voler sottolineare che può essere considerato "vizio di famiglia".

Durante l'approfondimento diagnostico, il paziente riferisce anche di essere seguito, privatamente, da uno psichiatra di fiducia, che ha posto diagnosi di "Depressione reattiva con episodi di discontrollo", ma precisa di non aderire alla terapia prescritta, riportata nella certificazione esibita dallo stesso paziente (Entact, Prazene, Neuleptil, Depakin, Legalon).

Agli esami ematochimici risultano alterati i parametri indicativi di abuso alcolico e a quelli tossicologici viene riscontrata positività alla cocaina.

Viene altresì riportata epistassi dopo assunzione di cocaina.

Primo step di discussione-riflessione: quali le priorità in un caso clinico con polidipendenza?

Nel corso del primo step di riflessione vengono focalizzati i punti degni di approfondimento diagnostico e di ulteriore analisi, preliminari alla definizione del percorso terapeutico. Nello specifico emerge la necessità di esaminare in maniera più puntuale il comportamento di gioco patologico, raccogliendo tutti i dati riferiti alla storia di gioco, il legame tra abuso di alcol-cocaina e gioco patologico (ad es., assunzione di alcol-cocaina per contrastare il DGA o per dimenticare tale comportamento), oltre a tentare di dare senso alla domanda che il paziente rivolge al servizio, che non significa interpretare, ossia dare corpo e senso, da parte degli operatori entrati in contatto con il caso clinico, alla domanda di aiuto avanzata dall'utente, ma raccogliere direttamente dal paziente tutti i dati clinici utili per cogliere il significato o i significati che egli attribuisce al suo complesso sintomatologico evitando, in tal modo, il rischio di definire obiettivi di lavoro terapeutico non pertinenti, non adeguati, in quanto non corrispondenti ai reali bisogni di aiuto e salute del paziente. Inoltre, dalla discussione emerge che molto probabilmente la focalizzazione, da parte degli operatori Ser.D. sull'abuso alcolico, "scotomizzando" in prima battuta le problematiche legate al DGA, è stata il frutto di una scelta strategica degli stessi operatori, che hanno inteso spostare l'attenzione sull'alcol, avendo valutato la condizione clinica correlata all'assunzione di tale sostanza come maggiormente destabilizzante oppure avendo intuito che i familiari del paziente

– coloro cioè che avevano spinto quest'ultimo a rivolgersi al Ser.D. – avrebbero interrotto qualsiasi contatto con esso, in quanto confrontati con la “malattia della famiglia” – ossia la condotta di gioco d'azzardo patologico o problematico presente in altri membri del contesto familiare (nonno, padre, zio) e configurandosi come un vero e proprio “disturbo a trasmissione trigerazionale” – sarebbero stati costretti in qualche modo a mettere in discussione l'intero contesto familiare e a riconoscere l'esistenza di patologie additive anche in altri componenti la famiglia di origine allargata, piuttosto che riconoscere il nostro paziente L.M. come unica persona del nucleo familiare affetta da disturbo da addiction.

Naturalmente, ciò avrebbe richiesto un surplus di lavoro clinico per ricostruire la storia della famiglia e il senso del sintomo-gioco d'azzardo nelle dinamiche relazionali del nucleo familiare nella sua estensione trigerazionale.

Tutto ciò, da un lato, ha portato a ritenere che gli operatori Ser.D. abbiano colluso con la richiesta di intervento avanzata dai familiari del paziente, ossia avviare un trattamento terapeutico focalizzato sull'abuso di alcol concepito come “dipendenza cattiva”, da eliminare in quanto socialmente riprovevole, ponendo nell'ombra, per così dire, il DGA, socialmente più accettato e pertanto considerato “dipendenza buona”, dall'altro ha consentito di formulare un'altra spiegazione sulla motivazione alla base della scelta più o meno consapevole operata dagli operatori Ser.D. di concentrarsi esclusivamente sul sintomo alcol: concepire questo sintomo come unica porta di accesso per giungere al nocciolo della patologia, all'essenza costitutiva della problematica del paziente, come modalità strategica di aggancio del paziente, come carta o jolly da “giocarsi” per costruire una alleanza di lavoro con il paziente, facendo finta che sia realmente quello il vero problema, in quanto consapevoli che si sta cercando altro, che il sintomo nasconde cose ben più preziose che forse svelerà, ma nel momento in cui il paziente si fiderà degli operatori del servizio che lo hanno accolto, ma prima deve essere agganciato.

La negazione iniziale del DGA da parte del paziente e dei suoi familiari ha incontrato in qualche modo la collusione iniziale dell'equipe – “negazione strategica” per così dire – nella prospettiva dello svolgimento di un lavoro più puntuale teso a svelare altre problematiche sottostanti.

L'importante, viene sottolineato, è evitare di colludere con l'agire sintomatico del paziente, evitare “agiti tossicomani” da parte del singolo professionista e da parte dell'equipe.

In questa ottica, la strategia terapeutica scelta dal Ser.D. di Capua è stata quella di inserire il paziente in trattamento farmacologico con Sodio Oxibato, al fine non solo di agganciarlo attraverso l'intervento sul sintomo maggiormente più destabilizzante sul piano clinico, ma altresì per pervenire alla disassuefazione dall'alcol riducendo il forte craving verso la sostanza alcolica e i sintomi astinenziali prodotti da tale sostanza.

Un'altra criticità è stata ravvisata nel mancato subitaneo approfondimento dell'assetto psicopatologico del paziente, che, nella fase di accoglienza, aveva in qualche modo fatto intendere di presentare un disturbo psichiatrico in comorbidità con quello additivo.

Riportava, infatti, di essere seguito privatamente da uno psichiatra di fiducia, che aveva diagnosticato “Depressione reattiva con episodi di discontrollo”, pur non assumendo la terapia psicofarmacologica prescritta.

In altre parole, all'assessment di primo livello svolto nella fase di accoglienza e comprendente: esame tossicologico e visita medica d'accesso, esame tossicologico, prelievo ematico, colloquio di valutazione psicologico-clinica e somministrazione test MMPI-2, non ha fatto seguito, di fronte al forte sospetto di co-presenza di disturbo psichiatrico, l'assessment di secondo livello, condiviso con l'UOSM di riferimento, attraverso anche l'applicazione di specifici strumenti di valutazione diagnostica (come ABQ, PDA), al fine di formulare il profilo di addiction e di funzionamento psicopatologico dell'utente preliminare alla definizione del PTI volto alla sua presa in carico integrata (trattamento con farmaci sostitutivi e/o psicofarmaci, terapia motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia e interventi socio-educativi).

Tale inquadramento svolto nel corso dei primi mesi avrebbe probabilmente consentito di accorciare i tempi di una presa in carico comprensiva della comorbidità psichiatrica e forse avrebbe evitato alcuni trattamenti posti in essere, incluse le esperienze comunitarie, rivelatisi non produttive rispetto al conseguimento dell'obiettivo del superamento della dipendenza dall'alcol prima e dallo svezamento dal sodio oxibato dopo, per lavorare al più presto sui tratti di personalità – individuati durante il percorso di valutazione e sostegno psicologico – alla base del mantenimento del disturbo additivo esprimendosi attraverso diversi “oggetti di dipendenza” (alcol, cocaina, gioco).

In altri termini, di fronte a un paziente con polidipendenza associata anche a disturbo psichiatrico, se non viene effettuata, nella fase di assessment, una valutazione orientata anche ad individuare il profilo di funzionamento personale e relazionale sottostante, si rischia di favorire la cronicizzazione della patologia additiva che può cambiare più volte nel corso del tempo il proprio “oggetto di dipendenza” o manifestarsi contemporaneamente con più “oggetti di dipendenza”, in quanto si interviene solo sul sintomo senza incidere al tempo stesso sulla struttura psicologica di base.

Una volta concluso l'assessment medico, psicologico e sociale, gli operatori, riconoscendo il caso clinico come caratterizzato dalla compresenza di DUA/DUS e disturbo depressivo con discontrollo dell'impulso, si orientano per la predisposizione di un progetto terapeutico individualizzato così articolato nel breve termine:

- disassuefazione dall'alcol con prescrizione di sodio oxibato (Alcover), essendo l'alcol la sostanza maggiormente destabilizzante (il valore della CDT agli esami ematici alla prima valutazione è risultato pari a 4, indicativo di abuso cronico di alcol) (allegare referto).

Al riguardo, preme sottolineare che, pur tenendo presente che di norma nei quadri di poliabuso comprendenti la cocaina, la stabilizzazione dell'uso di cocaina è da ritenersi propedeutica all'impiego del Sodio Oxibato, nel nostro specifico caso la prescrizione dell'Alcover si è resa possibi-

le in quanto la condizione di astensione dal consumo di cocaina è stata raggiunta rapidamente senza interventi farmacologici (*Riferimento bibliografico “L’impiego del Sodio Oxibato nei quadri di poliabusso” di Matteo Pacini e Icro Maremmani*);

- monitoraggio clinico-tossicologico bisettimanale;
- consulenza psichiatrica richiesta all’UOSM competente per territorio, con formulazione della diagnosi di “Disturbo da uso di sostanze e impulsività reattiva” e prescrizione di Entact, Depakin e Prazene, con controlli a cadenza trisettimanale;
- percorso di valutazione e sostegno psicologico.

La valutazione psicologica svolta ha evidenziato quanto segue:

- collocamento del paziente nello stadio a cavallo tra *pre-contemplazione-contemplazione* per quanto attiene alla motivazione al cambiamento, secondo quanto emerso al questionario per la valutazione della motivazione al cambiamento (MAC2-A riferito all’alcolismo e MAC2-C riferito alla cocaina);
- notevole compromissione sul piano del funzionamento interpersonale, per la presenza di deficitarietà nell’empatia e nell’intimità;
- rilevante carenza dell’aspetto affettivo ed emotivo e forte propensione a reprimere le emozioni.

In termini di tratti/sfaccettature della personalità abituale del paziente, si è riscontrato:

- pronunciato antagonismo, (manipolatorietà, tendenza all’inganno, insensibilità);
- accentuata disinibizione/compulsività, caratterizzata dalla presenza di irresponsabilità, impulsività tendenza a correre rischi.

Il percorso di sostegno psicologico inizia dopo una settimana dalla data del primo accesso al servizio (il giorno 07/10/2016), puntando al raggiungimento della consapevolezza della dipendenza da sostanze e al rafforzamento della motivazione al cambiamento.

Il percorso dura circa 3 mesi per interruzione da parte del paziente alla fine del 2016.

Si lavora, quindi, sulla consapevolezza del suo essere dedito alla pluridipendenza (passaggio dalla negazione all’accettazione della dipendenza) e sulle cause implicite ed esplicite del suo ruolo di genitore carente.

Durante le sedute psicologiche, la problematicità legata al Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) assume progressivamente centralità e dominanza nel quadro clinico del paziente: il sig. L.M. chiede sempre più insistentemente di essere aiutato per tale disturbo, sentendosi sotto pressione e non riuscendo a gestire l’ansia legata ai debiti di gioco non ancora saldati.

È riuscito a estinguere solo parzialmente tali debiti attingendo dalle risorse economiche familiari. Viene anche alla luce il conflitto sul legame padre-figlio (il padre, con una storia di gioco d’azzardo compulsivo, lo ha sempre aiutato a pagare i debiti da gioco) e l’atteggiamento intrusivo e controllante da parte della famiglia di origine del paziente.

Questo atteggiamento genera tensione, con scarsa definizione dei ruoli familiari, e conseguente infantilizzazione del paziente.

Nelle sedute successive la moglie riferisce che il marito si

mostra più collaborativo in casa, espletando con convinzione e determinazione il ruolo di padre, e che il clima familiare appare più sereno.

Anche i confini e i ruoli rispetto alla famiglia d’origine sarebbero maggiormente definiti.

Si continua a lavorare sulla motivazione al cambiamento del paziente, anche considerando le precedenti esperienze terapeutiche fallite (la terapia con lo psichiatra privato).

Inoltre, si rinforzano i cambiamenti raggiunti nell’ambito del sistema-famiglia e si lavora anche sul maggior controllo dell’impulso al gioco.

La coppia, sostanzialmente asimmetrica, inizia a lavorare su una nuova strutturazione.

Intanto, la moglie del paziente inizia a concentrarsi nuovamente sulla sua professione di avvocato, notevolmente ridotta per diversi mesi al fine di affiancare il marito nel percorso di cura; in tal modo lascia a quest’ultimo più libertà e fiducia.

A questo punto, a circa 2 mesi dall’inizio del percorso di sostegno psicologico, il fragile equilibrio di coppia faticosamente raggiunto si sfalda: il paziente si mostra sempre più ansioso e richiede incessantemente la presenza della moglie, non gradendo che la stessa si stia coinvolgendo più intensamente nel proprio lavoro, con conseguente inevitabile riduzione del tempo e delle energie personali da poter dedicare al ruolo di “supporto” al percorso di cura del marito o, per meglio dire, di “maternage” nei riguardi dello stesso.

Il paziente comincia a disertare le sedute adducendo futili motivi e interrompe il percorso di sostegno psicologico, ma è evidente la ricaduta nell’abuso di alcol.

Dopo circa 2 mesi (siamo agli inizi del mese di marzo 2017), l’utente si ripresenta al Ser.D. di Capua, anche questa volta, come al momento dell’intake, accompagnato dalla moglie e comunica la sua decisione di voler essere collocato in una Comunità terapeutica per soggetti con addiction da sostanze. In proposito, aggiunge che la sorella ha già contattato una delle C.T. convenzionate con l’ASL Caserta e che l’ingresso può essere concretizzato di lì a poco.

Secondo step di discussione-riflessione: perché l’equipe di lavoro accoglie la richiesta dei familiari di inserimento del paziente in comunità terapeutica?

In merito, vengono formulate sostanzialmente due ipotesi esplicative.

La prima pone in risalto che, di fronte alla ricaduta nell’abuso di alcol, gli operatori del Ser.D., anziché riprendere il trattamento ambulatoriale, ancora una volta colludono con l’agito dei familiari del paziente, i quali, sentendosi quasi “offesi nel loro onore e dignità”, attuano una sorta di “punizione” verso il loro congiunto, espellendolo dal proprio nucleo familiare, quasi a voler comunicare e a fargli intendere di averlo messo a tacere perché stava svelando la “malattia trigerazionale” della famiglia: il DGA.

Non viene, pertanto, effettuato un esame approfondito della richiesta di collocamento in C.T. con tutta la famiglia del paziente, al fine di focalizzare tutti i possibili significati sottostanti, alcuni dei quali potrebbero essere quelli appena enucleati, ma potrebbero venirne alla luce altri.

La seconda ipotesi aggancia la richiesta di inserimento in C.T. da parte del paziente e dei suoi familiari (moglie e sorella più piccola) alla “sintonizzazione collusiva” dell’equipe di lavoro del Ser.D. con lo stato di stanchezza e sfinimento della famiglia dello stesso paziente, quasi a voler prendere una boccata di ossigeno rispetto alle continue e pressanti richieste di aiuto non congruenti con il progetto terapeutico che era stato predisposto e proposto dagli operatori Ser.D. e accettato dal paziente medesimo e anche dalla moglie e dalla sorella.

L’equipe di lavoro, ancora una volta collude con l’urgenza rappresentata dall’utente, dalla sorella – nuovamente entrata in gioco – e dalla moglie e, in tempi brevissimi, senza quindi valutare la reale motivazione del paziente a rivedere il proprio stile di vita e a modificare gli aspetti comportamentali e di personalità che favoriscono la permanenza nella condotta addittiva e, altresì, senza prendere in considerazione in maniera più puntuale la comorbidità con il DGA e con eventuale disturbo psichiatrico.

Pertanto, predispone prontamente gli atti per il collocamento in C.T., che si realizza nel corso dello stesso mese e che dura circa 6 mesi: da marzo ad agosto 2017. (All’epoca del percorso comunitario, il paziente aveva sospeso la terapia con Alcover; era in terapia con antidepressivi, con stabilizzanti del tono dell’umore e con ansiolitici).

A circa 10 giorni dall’interruzione del percorso terapeutico-riabilitativo residenziale, il paziente viene ricoverato in regime di TSO presso l’SPDC di Sessa Aurunca per “Agitazione psicomotoria in soggetto affetto da abuso di sostanze e dipendenza da gioco”.

Viene nuovamente richiesto un approfondimento psichiatrico presso l’UOSM territorialmente competente per un eventuale inserimento in C.T. per “Doppia Diagnosi”, che viene escluso attraverso una breve relazione.

Si procede, quindi, in tempi brevi a collocare nuovamente il paziente in una Comunità Terapeutica per soggetti affetti da Addiction da Sostanze Psicotrope, ma dopo circa un mese (siamo verso la fine di settembre 2017) abbandona il programma terapeutico e si ripresenta al SERD di riferimento, riferendo un forte craving alcolico.

Immediatamente viene inserito in trattamento con Sodio Oxibato in mantenimento, con immediato effetto positivo sul craving alcolico.

Vengono definiti e concordati con il paziente i seguenti obiettivi:

- a) stretto monitoraggio nell’assunzione del farmaco, concordato solo con il paziente;
 - b) porre a latere i familiari nel processo di cura del paziente.
- A distanza di qualche mese L.M. inizia a richiedere dosi crescenti di Sodio Oxibato, che vengono via via accordate ma che comportano affidi sempre più limitati del farmaco.

Dopo un anno viene raggiunto un dosaggio non più terapeutico (circa 60 ml/die di Sodio Oxibato), che genera nel paziente un intenso sentimento di colpa per la “nuova dipendenza” instauratasi nei confronti del farmaco assunto, pur mantenendosi astinente da alcol e cocaina.

A questo punto, gli operatori del Ser.D. decidono per un ulteriore coinvolgimento dell’UOSM territorialmente competente.

A seguito della nuova consulenza psichiatrica, vengono prescritte al paziente benzodiazepine (Alprazolam) nel tentativo di limitare l’uso di Sodio Oxibato.

Il risultato è che il paziente inizia ad assumere stabilmente Benzodiazepine senza ridurre l’uso di Sodio Oxibato.

Il Ser.D. e il Servizio “Alcologia” decidono di porre in essere una presa in carico congiunta.

Accertata la dipendenza da Sodio Oxibato, si perseguono altre strategie terapeutiche con la finalità di pervenire alla disassuefazione dall’Alcover.

Si conviene in prima battuta per la prescrizione di terapia con Naltrexone, ma tale tentativo si rivela fallimentare.

Si procede, allora, con l’inserimento del paziente in terapia con Acamprosato, trattamento che ugualmente non sortisce effetto positivo.

Viene, pertanto, programmato un ricovero per sospendere l’abuso di Sodio oxibato in reparto qualificato per la disintossicazione da alcol.

Ma dopo 2 giorni L.M. lascia il ricovero in preda a un forte craving da Sodio oxibato, si ripresenta al Ser.D. competente e chiede di rientrare in terapia con Alcover.

Terzo step di discussione-riflessione: che fare a questo punto?

Tutte le riflessioni convergono sulla necessità di effettuare una valutazione condivisa più approfondita e accurata da parte del Ser.D. e della UOSM competente per territorio, per accertare in maniera più puntuale la comorbidità tra il disturbo addittivo e altro disturbo psichiatrico, con eventuale conseguente rimodulazione del percorso di cura integrato.

Al riguardo, viene sottolineata l’utilità di applicare l’ottica del case management, al fine di definire in maniera più puntuale gli obiettivi di lavoro, le modalità operative di conseguimento degli stessi e, soprattutto, il percorso di costante monitoraggio del caso, con individuazione anche del case manager con funzione di raccordo tra tutti gli attori coinvolti, al fine di apportare prontamente le modifiche necessarie al percorso di cura, di fronte alle criticità sopravvenienti.

Tutto ciò al fine di pervenire alla definizione di un percorso più personalizzato, ottimizzando tempi e risorse, con una procedura meglio organizzata.

Inoltre, viene evidenziata l’importanza di attribuire centralità al paziente in termini di assunzione di responsabilità rispetto al suo programma terapeutico, per dare spazio al processo di empowerment.

Gli operatori di riferimento del Ser.D., a questo punto, prendendo atto e riesaminando tutto quanto accaduto fino a quel momento, decidono per una **rivalutazione del caso**, effettuata verso la fine di marzo 2021, con il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi interessati (Ser.D.-Alcologia-UOSM), della moglie del paziente e del Gruppo Giocatori Anonimi, che il paziente aveva iniziato a frequentare da alcuni mesi.

All’esito di tale rivalutazione, vengono fissati due punti su cui lavorare:

- a) dipendenza dal Gioco d’azzardo;
- b) misuso/abuso di Alcover.

Nello specifico, viene concordato con il paziente - che accetta con sottoscrizione - il trattamento di seguito riportato, con impegno a rispettare gli orari di accesso ai servizi coinvolti:

Presso l'UOSM territorialmente competente:

Prescrizione di terapia farmacologica, con controlli a cadenza tri-settimanale:

- stabilizzanti dell'umore (Depakin 500 mg (1 cp x 3/die);
- antidepressivi (Zoloft 100 1 cp e 1/2/die) antipsicotici (Talofen gtt 15 x 3/die);
- rispetto, da parte del paziente, delle prescrizioni farmacologiche nelle dosi e nei tempi consigliati.

Presso l'U.O. "Alcologia":

- sospensione del Sodio oxibato;
- monitoraggio sintomatologia astinenziale;
- ETG su urine almeno 1 volta a settimana e senza preavviso.

Frequenza al Gruppo Giocatori Anonimi

Il monitoraggio svolto nei primi giorni di attuazione del programma terapeutico sopra riportato evidenziava lievi sintomi astinenziali e un craving significativo ma sopportabile; nei mesi successivi, L.M. era astinente dall'alcol e non assumeva più Sodio oxibato.

Allo stato attuale, non si registrano ricadute nell'uso di alcol e cocaina né è stata avanzata richiesta di reinserimento in trattamento con Sodio Oxibato.

Il paziente, attualmente ben compensato, continua la terapia psicofarmacologica presso la UOSM competente e, parallelamente, effettua monitoraggio periodico presso l'UO di Alcologia, oltre a frequentare assiduamente il Gruppo per Giocatori Anonimi.

Inoltre, il rapporto di coppia non fa registrare particolari conflittualità e il ruolo di padre viene svolto con maggiore convinzione e determinazione.

Infine, sono più definiti e netti i confini tra la famiglia costruita e quella di origine.

Quarto e ultimo step di discussione-riflessione: punti deboli e punti di forza della presa in carico di L.M.

Un primo punto debole può essere sicuramente colto nel mancato subitaneo approfondimento dell'assetto psicopatologico del paziente, che, in fase di accoglienza, aveva in qualche modo fatto intendere di presentare un disturbo psichiatrico in comorbidità con quello additivo.

Riportava, infatti, di essere seguito privatamente da uno psichiatra di fiducia, che aveva diagnosticato "Depressione reattiva con episodi di discontrollo", anche se non assumeva la terapia psicofarmacologica prescritta.

In altre parole, all'assessment di primo livello svolto nella fase di accoglienza e comprendente: esame tossicologico e visita medica d'accesso, esame tossicologico, prelievo ematico, colloquio di valutazione psicologico-clinica e somministrazione test MMPI-2, non ha fatto seguito, di fronte al forte sospetto di co-presenza di disturbo psichiatrico, l'assessment di secondo livello, condiviso con l'UOSM di riferimento, attraverso anche l'applicazione di specifici strumenti di valutazione diagnostica (come ABQ, PDA), al fine di formulare il profilo di addiction e di funzionamento psicopatologico dell'utente preliminarmente alla definizione del PTI volto alla sua presa in carico integrata (trattamento con farmaci sostituti-

vi e/o psicofarmaci, terapia motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia e interventi socio-educativi).

Tale inquadramento svolto nel corso dei primi mesi avrebbe probabilmente consentito di accorciare i tempi di una presa in carico comprensiva della comorbidità psichiatrica e forse avrebbe evitato alcuni trattamenti posti in essere, incluse le esperienze comunitarie, rivelatisi non produttive rispetto al conseguimento dell'obiettivo del superamento della dipendenza dall'alcol prima e dal Sodio oxibato dopo, per lavorare al più presto sui tratti di personalità - individuati durante il percorso di valutazione e sostegno psicologico - alla base del mantenimento del disturbo additivo esprimendosi attraverso diversi "oggetti di dipendenza" (alcol, cocaina, gioco).

In altri termini, di fronte a un paziente con polidipendenza associata anche a disturbo psichiatrico, se non viene effettuata, nella fase di assessment, una valutazione orientata anche ad individuare il profilo di funzionamento personale e relazionale sottostante, si rischia di favorire la cronicizzazione della patologia additiva che può cambiare più volte nel corso del tempo il proprio "oggetto di dipendenza" o manifestarsi contemporaneamente con più "oggetti di dipendenza", in quanto si interviene solo sul sintomo senza incidere al tempo stesso sulla struttura psicologica di base.

Un altro punto debole ravvisabile nel lavoro svolto con questo paziente dall'equipe degli operatori del Ser.D. è rappresentato dalla mancata applicazione, fin dall'inizio della presa in carico, del case management, con definizione di un progetto terapeutico individualizzato basato su un adeguato inquadramento diagnostico del caso, con parallelo percorso di costante monitoraggio e valutazione. In tal modo, si sarebbero potuti contrastare i diversi agiti collusivi che hanno caratterizzato il lavoro degli operatori Ser.D., "agiti" che hanno impedito di coinvolgere adeguatamente il gruppo familiare del paziente nonché di cogliere i possibili significati sottostanti la sintomatologia manifesta.

Stessa riflessione per l'accoglimento "impulsivo" da parte degli operatori Ser.D. dell'istanza avanzata dai familiari in ordine al collocamento in C.T.

Un primo punto di forza nella gestione di questo caso clinico è ravvisabile nella creazione di un solido rapporto di fiducia tra il gruppo di lavoro del Ser.D. e il paziente preso in carico: quest'ultimo, di fronte a ogni ricaduta o peggioramento della condizione clinica esprimendosi con forte craving verso l'alcol o verso il Sodio Oxibato è sempre tornato a chiedere aiuto agli operatori di riferimento del predetto Ser.D., i quali ogni volta hanno accolto tale richiesta, riesaminato il caso e offerto comunque percorsi di cura anche se rivolti in una prima fase al solo piano sintomatico, senza focalizzarsi anche sul senso e sui significati personali alla base del sintomo, sì da puntare a modificare il profilo di funzionamento personale e relazionale e i tratti di personalità soggiacenti alla sua condotta additiva.

Un altro punto di forza va individuato nella buona tenuta del lavoro di rete tra i servizi sanitari coinvolti, con un crescente ruolo di "case manager" svolto dal Ser.D. che fin dai primi

mesi di presa in carico del paziente ha più volte chiamato in causa l'UOSM competente per territorio, per attuare un trattamento integrato, che potesse incidere sul disturbo psichiatrico co-presente.

Ed è grazie a tale trattamento che il paziente ha raggiunto una condizione di astensione dall'uso di alcol e di Alcover, ha iniziato a lavorare sulla propria dipendenza dal gioco d'azzardo, anche attraverso la partecipazione al Gruppo Giocatori Anonimi, potendo così realmente dare avvio al processo di cambiamento del proprio stile di vita additivo e alla costruzione di un soddisfacente rapporto di coppia, unitamente all'adeguato assolvimento del proprio ruolo genitoriale.

Considerazione conclusiva

Il vero punto di svolta nel percorso di cura si verifica nel momento in cui il Ser.D., preso atto della scarsa efficacia dei trattamenti proposti nella direzione del superamento della dipendenza da alcol e Sodio Oxibato, ponendosi in una prospettiva di case management e anche riscontrando una progressione nella disponibilità al cambiamento da parte del paziente ("stadio di azione" seguendo il modello di Prochaska e Di Clemente), effettua una rivalutazione del caso coinvolgendo gli altri due servizi sanitari coinvolti e attribuendo allo stesso paziente la centralità nel proprio percorso di cura, in un'ottica di empowerment..

Questa è la fase di definizione di un programma terapeutico multiprofessione e multidisciplinare integrato, con precisi compiti e funzioni svolti dai tre servizi sanitari coinvolti, accomunati da obiettivi di lavoro concordati e condivisi con il paziente.

Breve bibliografia di riferimento

- Bergeret J. (1983). *Chi è il tossicomane: Tossicomania e personalità*. Bari: Dedalo.
- Biondi M. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Brown S. (1997). *Alcolismo: terapia multidimensionale e recupero*. Trento: Erickson.

- Caretti V., La Barbera D., a cura di (2005). *Le Dipendenze Patologiche. Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Caretti V., La Barbera D., a cura di (2010). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Clerici M. (1993). *Tossicodipendenze e psicopatologia. Implicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici*. Milano: FrancoAngeli.
- De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C. (2005). *Alcolismo: analisi del craving*. Milano: FrancoAngeli.
- Fiorin A., Capitanucci D. (2022). *Manuale Operativo di presa in carico clinica nel disturbo da gioco d'azzardo*. Cuneo: Publiedit.
- Hudolin V. (1991). *Manuale di Alcolologia*, seconda edizione. Trento: Erickson.
- Janiri L., Clerici M. (2011). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Alcol-Cocaina-Gioco d'azzardo patologico*. Roma: Alpes.
- Kernberg O.F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maremmani I., Pacini M. (2006). *L'uso del Gamma-idrossibutirato di sodio (GHB) negli eroinomani alcolisti, Aggiornamenti in Psichiatria – Supplemento A – Eroid Addiction and Related Clinical Problems, Vol. VIII*.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Terza edizione*. Trento: Erickson.
- Pacini M., Maremmani I. (2001). L'impiego del GHB nei quadri di poliabuso. *Journal of Psychopathology*, VII(2).
- Rigliano P. (2004). *Doppia diagnosi: Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., a cura di (2004). *Alcol e alcolismi: Cosa cambia?*. Milano: FrancoAngeli.
- Stella L. et al. (2008). An open randomized study of the treatment of escitalopram alone and combined with gamma-Hydroxybutyric acid and naltrexone in alcoholic patients. *Pharmacology Res.*, 57(4): 312-7.
- William R., Rollnick M., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Zimberg S. (1984). *La cura clinica dell'alcolismo*. Milano: Ferro.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.



L'organizzazione della UOC Ser.D. di Catanzaro nell'emergenza Covid-19 nell'anno 2020

Maria Giulia Audino*, Carla Sorrentino**, Giovanni Lomanno°, Gregorio Viscomi°

SUMMARY

■ *Scientific evidence has highlighted how some fragile categories of society can be affected with greater incidence by Covid-19 as they are more exposed to contagion.*

Users who are involved in the Ser.D., such as people who use drugs and alcohol, are evidently more vulnerable than the general population to infectious diseases.

In 2020, inside the Covid-19 emergency, the Ser.D. UOC of Catanzaro has prepared and implemented organizational protocols that reduce the risk of contagion both for operators and for people suffering from pathological addictions in charge of the Ser.D. ■

Keywords: Covid-19, Ser.D., Organizational protocols, Reduction of the risk of contagion.

Parole chiave: Covid-19, Ser.D., Protocolli organizzativi, Riduzione del rischio di contagio.

Introduzione

Le evidenze scientifiche hanno messo in luce come alcune categorie fragili della società possono essere colpite con maggiore incidenza dal Covid-19 in quanto maggiormente esposte al contagio.

Gli utenti che afferiscono al Ser.D., quali persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e alcol, sono evidentemente più vulnerabili rispetto alla popolazione generale per le malattie infettive.

Nell'anno 2020, alla luce dell'emergenza Covid-19, l'UOC Ser.D. di Catanzaro ha predisposto e attuato protocolli organizzativi che riducessero il rischio di contagio sia per gli operatori che per le persone affette da dipendenze patologiche in carico al Ser.D.

Materiale e metodi

A tal fine sono state predisposte misure di prevenzione generale a livello del Servizio e sono state avviate procedure per la riduzione del rischio di trasmissione del virus tra il personale e gli utenti con l'utilizzo di barriere fisiche di protezione, quali schermi in plexiglass posti negli ambulatori dove il personale interagisce con maggiore frequenza con gli utenti. Tutti gli operatori sono stati dotati di presidi di protezione individuale (DIP).

* Medico farmacologo – Direttore UOC Ser.D. Catanzaro.

** Dirigente Psicologo Ser.D. Catanzaro.

° Infermiere Professionale Ser.D. Catanzaro.

Le strutture sono state dotate di dispenser di gel igienizzante per le mani collocati all'ingresso e all'interno delle aree dedicate e sono stati rafforzati i protocolli di sanificazione.

Sono stati identificati servizi igienici per visitatori e sono stati creati percorsi di transito nelle aree comuni con percorsi differenziati di entrata e uscita.

Sono state identificate le figure degli infermieri quali referenti per il triage e ogni accesso ha previsto la misurazione della temperatura corporea oltre alla registrazione su apposita scheda predisposta per la tracciabilità degli ingressi.

Al fine di verbalizzare eventuali momenti di preoccupazione ed avere suggerimenti per migliorare la qualità delle procedure, sono stati organizzati incontri dove gli operatori sono stati ascoltati e sono state indette riunioni al Ser.D. di Catanzaro e al DSMD con il referente covid-manager aziendale sia per meglio definire le procedure ambulatoriali che per dare indicazioni agli Enti Ausiliari Accreditati (C.T.) ricadenti nel territorio dell'ASP di Catanzaro, in merito all'inserimento degli utenti in comunità.

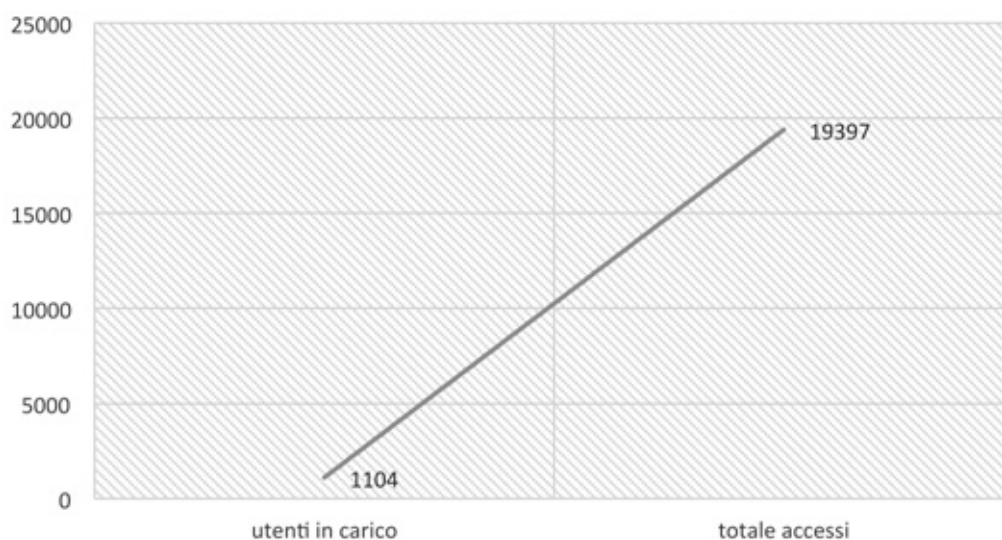
Nel periodo preso in esame, i pazienti in carico al Ser.D. sono stati n. 1104 per un totale di accessi pari a n. 19.397 (Graf. 1).

Tutti i pazienti in accesso al Ser.D. sono stati sottoposti a pre-triage. La presenza degli accessi è stata, come sempre, più rappresentativa per il sesso maschile (Graf. 2).

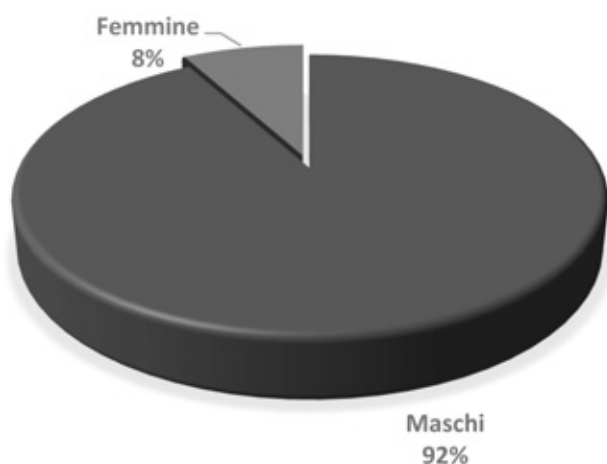
Da un'analisi del dato emerge che, nell'anno 2020, gli accessi riferiti al trattamento farmacologico sono stati prevalenti rispetto agli anni precedenti mentre si è registrata una netta diminuzione dei nuovi utenti e dei pazienti di sesso femminile.

In una situazione di emergenza come la Sars-Cov-2, la mission del servizio è stata rispettata garantendo livelli essen-

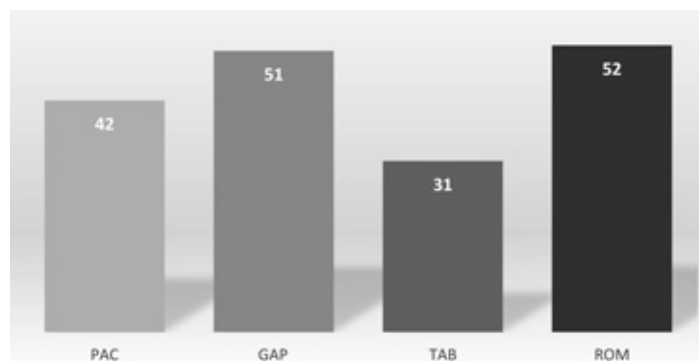
Graf. 1 - Utenza e accessi



Graf. 2 - Variabile sesso utenza



Graf. 3 - Pazienti dei gruppi "a rischio"



li di assistenza e continuità terapeutica sia in presenza che offrendo supporto telefonico e in remoto.

Per il contenimento del contagio da Covid-19 e per supportare i pazienti e le loro famiglie, sono state inoltre fornite dal Servizio di "LineaVerdeDroga" - numero verde 800.019899 - informazioni e consulenze telefoniche per un totale di n. 2452.

Per i gruppi di pazienti più vulnerabili e definiti "a rischio" sono state avviate specifiche strategie preventive (graf. 3).

Ai pazienti in terapia farmacologica residenti in un quartiere a rischio di Catanzaro Sud e di etnia rom (n. 52), gli infermieri hanno fornito informazioni specifiche sulle corrette misure di prevenzione e anche sull'utilità della vaccinazione per un totale di circa n. 70 interventi.

Ai pazienti (n. 42) che partecipavano al gruppo terapeutico per dipendenza da alcol - PAC (non attivo nel periodo di pandemia) ed alle 10 famiglie che partecipavano al gruppo terapeutico è stata garantita la continuità terapeutica tramite supporto multimediale.

Allo stesso modo, sono stati garantiti colloqui di sostegno e consulenze telefoniche a n. 51 pazienti con disturbo da gioco d'azzardo e loro familiari.

Informazioni telefoniche preventive, in termini di salute pubblica, sono state rivolte a n. 31 pazienti con dipendenza da tabacco.

Conclusioni

Per la Sars-Cov-2, ad oggi, non esiste una terapia risolutiva e aver puntato a promuovere una campagna vaccinale in una popolazione a rischio come i pazienti che afferiscono al Ser.D., ha permesso evidentemente di limitare la circolazione del virus e l'insorgenza di nuove varianti. Il lavoro di sensibilizzazione e promozione alla salute, svolto dagli operatori del Ser.D. durante l'emergenza Covid-19, ha pertanto favorito il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Da un'analisi del dato emerge, infatti, che il 70% dei pazienti in carico al Servizio ha completato il ciclo vaccinale per Covid-19 e nel gruppo dei pazienti definiti a rischio, in particolare nei 52 pazienti di etnia Rom, il risultato raggiunto è pari al 40%.

L'organizzazione del Servizio, inoltre, con l'adozione di strategie preventive alla diffusione del contagio da Covid-19 e il continuo confronto tra gli operatori, ha garantito la tutela della salute nell'ambiente di lavoro mantenendo anche una condizione di benessere in una fase così complessa e multi-problematica quale si è rilevata quella dell'emergenza pandemica.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. DOI: 10.1176/appi.books.978089042559.
- Berretta P. - Centro nazionale dipendenze e doping, ISS con il contributo di Mirella Stefanini, Alessandro Pala Ciurlo, Cristiana

Busso - Ser.T. Distretto 13 – Genova Servizi per le dipendenze (Ser.D.) durante l'emergenza Covid-19.

- Biondi M., Iannitelli A. (2020). Covid-19 e stress da pandemia: l'integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica. *Riv Psichiatr*, 55(3): 131-136.
- Burrai J., Roma P., Barchielli B., Biondi S., Cordellieri P., Frascetti A., Pizzimenti A., Mazza C., Ferracuti S., Giannini A.M. (2020). Psychological and Emotional Impact of Patients living in psychiatric treatment communities during Covid-19 Lockdown in Italy. *J Clin Med*, 9: 3787
- Camoletto L., Di Pino P., Ronconi S. (2020). *I servizi di RDD ai tempi del Covid-19*. La ricerca di Forum Droghe, CNCA e TARDD, I servizi ai tempi del Covid-19. Monitoraggio del sistema dei servizi di Riduzione del Danno e dei Ser.D. durante il lockdown, Coordinamento nazionale comunità di accoglienza.
- Osofsky J.D., Osofsky H.J., Mamon L.Y. (2020). Psychological and social impact of Covid-19. *Psychological Trauma: Theory Research, Practice, and Policy*.
- Pelizza L., Pupo S. (2020). Covid-19 epidemic and public mental health care in Italy: ethical considerations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55: 1093-1094.

SI INIZIA IN SILENZIO, SI SMETTE PARLANDONE.

Linea Verde Droga

Numero Verde
800-019899

Droga spesso è solitudine. Se vuoi parlarne, se chi ti sta vicino ha bisogno di aiuto, telefona al **numero verde***. È **anonimo, gratuito** ed è un servizio di informazione, prevenzione, orientamento e ascolto.

*Da Lunedì a Sabato: ore 08.00/14.00
Lunedì e Mercoledì anche ore 14.30/17.30

DIPARTIMENTO N. 11 SANITÀ
SETTORE 40 UFFICIO PER LE TOSSICODIPENDENZE
A.S. N° 7 SER.T. DI CATANZARO

Linea Verde Droga

A CHI SI RIVOLGE

A tutti coloro che sono vicini al tossicodipendente (partner, parente, amico...).

A chi fa uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Agli operatori del settore.

Ai giovani.

Agli insegnanti, agli educatori.

A chiunque desideri maggiori informazioni.

OBIETTIVI

ASCOLTARE E SOSTENERE chi ha bisogno di aiuto, chi si sente solo.

ORIENTARE chi fa uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ed i familiari verso i servizi di cura, riabilitazione e reinserimento.

FAR CONOSCERE la disciplina che regola l'applicazione delle leggi in merito agli stupefacenti ed ai problemi della tossicodipendenza.

PREVENIRE con un'azione mirata alla conoscenza delle sostanze stupefacenti e psicotrope e degli effetti legati al loro abuso.

COLLABORARE alla realizzazione di un sistema di rete sul territorio per un migliore servizio al cittadino.

DIPARTIMENTO N. 11 SANITÀ
SETTORE 40 UFFICIO PER LE TOSSICODIPENDENZE
A.S. N° 7 SER.T. DI CATANZARO

La camaleonticità delle addictions tra territorio e carcere. L'esperienza presso i Servizi per le Dipendenze della ASL Caserta

Andrea Valdevit*, Rosanna Maglione**, Pasquale Iannotta***, Roberto Malinconico****, Lilia Nuzzolo*****

SUMMARY

■ *The aim of this work is to propose a global and complex vision of the phenomenon of addictions, with an eye reserved for those without substances, drawing on living experience from daily clinical practice in a Service specifically designed to treat new addictions. We will observe them through the phenomenological method, which seems to suggest that they are an epiphenomenon of a global crisis of the World of Life as understood by Husserl (2008).*

This work will constantly move along the awareness of the tragedy underlying the new addictions but at the same time going beyond the mere phenomenal manifestation: they will thus be considered in their bio-psycho-social breadth in an attempt not to lose the sense of what is not only a disorder but also a post-contemporary epidemiological crisis because today it spreads faster than any current treatment put in the field, whether operational or preventive. It is a crisis that affects the Social World [...] the Bodily World [...] the Emotional World [...] the Psychic World [...] Finally, we will walk the corridors of a non-place of life such as the prison to observe what subtly changes in this sphere also within it.

In the operative and territorial clinic of the old and new addictions, psychotherapy would seem to play a fundamental role [...] Our aim will be to try to deal with and embrace all this even if only skimming this complexity together with some initial data emerged from the experiences carried out in the last years at the UOC Behavioural Addictions of the ASL Caserta. ■

Keywords: *New behavioural addictions, Phenomenological psychotherapy, Psychosis, Violence, Prison.*

Parole chiave: *Nuove dipendenze comportamentali, Psicoterapia fenomenologica, Psicosi, Violenza, Carcere.*

Introduzione

Si vuole tentare di proporre in questo lavoro una visione globale e complessa del fenomeno delle dipendenze, con un occhio riservato a quelle senza sostanza, traendo esperienza viva dalla pratica clinica quotidiana in un Servizio specificatamente destinato a trattare le new addictions.

Le osserveremo attraverso il metodo fenomenologico, che sembra suggerire come queste siano epifenomeno di una crisi globale

* *Psicologo psicoterapeuta, UOC Dipendenze Comportamentali e UU.MM. ASL Caserta, e-mail: andrea.valdevit@hotmail.it.*

** *Psicologa psicoterapeuta, UOC Tutela della Salute in Carcere ASL Caserta.*

*** *Medico; UOSD Dipendenze Patologiche in Carcere.*

**** *Psicologo psicoterapeuta, Responsabile UOC Dipendenze Comportamentali e UU.MM. ASL Caserta.*

***** *Psicologa psicoterapeuta, Direttrice Dipartimento Dipendenze ASL Caserta.*

le del Mondo della Vita così come inteso da Husserl (2008) cioè "quell'insieme di esperienze radicate sulle nostre percezioni e le intuizioni della vita quotidiana che sono irriducibili alla conoscenza e al linguaggio della scienza... [ovvero si tratta del] mondo comune a tutti" (Velardi, 2017).

Questo lavoro si muoverà costantemente lungo la consapevolezza della tragicità sottesa alle nuove dipendenze ma allo stesso tempo superando la sola manifestazione fenomenica: saranno così considerate nella loro ampiezza bio-psico-sociale per tentare di non perdere il senso di quella che oltre ad un disturbo è anche una crisi epidemiologica post-contemporanea perché ad oggi più veloce nella sua diffusione di ogni attuale trattamento messo in campo, sia esso operativo che preventivo.

Una crisi che investe il Mondo Sociale che nella sua molteplicità di attori non sa ancora come affrontare spontaneamente questa condizione che da un lato *aggredisce* i suoi nuovi figli malati tra false suggestioni e incitamento a perdurare nelle condotte, dall'altro sa di esserne anche co-responsabile.

Una crisi del Mondo Corporeo che senza un evento tossico esogeno è capace di modificare fortemente il substrato neurochimico.

Una crisi del Mondo Emotivo in cui il dolore per la propria condizione è onnipresente e perturbante sia nella fase iniziale della luna di miele che in quella della cruda successiva consapevolezza della propria condizione.

Una crisi del Mondo Psicico in cui la realtà non riesce ad essere efficace nel calmierare le sofferenze e dare evidenze del proprio stato dove la clinica psicopatologica sottesa ed epifenomenica comprende tutte le forme del patire, dagli stati dissociativi a quello depressivi, dalle fobie alle psicosi alle condizioni borderline.

Alla fine percorreremo i corridoi di un non-luogo-di-vita come quello del Carcere per osservare cosa muta sottilmente in questo ambito anche al suo interno.

Nella clinica operativa e territoriale delle vecchie e nuove dipendenze la psicoterapia sembrerebbe rivestire un ruolo fondamentale nel tentare di arginare questo fenomeno sia in senso trasformativo che mettendosi al servizio della prevenzione.

Ciò accadrebbe soprattutto se riuscisse di fatto ad abbracciare un approccio globale tale da impegnarsi ad avere cura di tutte le dimensioni chiamate in causa e proponendosi anche come riflessione civile.

Il nostro scopo sarà tentare di trattare e abbracciare tutto ciò anche solo sfiorando questa complessità assieme ad alcuni dati iniziali emersi dalle esperienze svolte negli ultimi anni presso la UOC Dipendenze Comportamentali della ASL Caserta.

Definizione del lavoro

Si utilizzerà nella nostra proposta di analisi del “mondo dipendente” il metodo fenomenologico per acquisire informazioni, formulare prime ipotesi etiopatogenetiche e proposte terapeutiche/trasformative, acquisendo da questo metodo quella che potrebbe essere la caratteristica fondativa ovvero una osservazione il più possibile scevra da interpretatività a priori e pregiudizi culturali, ricercando nel fenomeno stesso, sebbene così complesso, letture indicative del suo senso primigenio e puro.

Gli uomini affetti da una dipendenza appaiono a questo proposito ad occhi naïf viandanti smarriti, che hanno perduto una dimensione basale che permetterebbe loro di vivere agilmente e serenamente in una quotidianità condivisa, ma che si trovano improvvisamente e involontariamente mancanti della propria umanità, lontani da tutti e insensibili a tutto ciò che è *banalmente comune*.

Ci accorgiamo, quando riusciamo a stare *strettamente a contatto* in una loro meta-osservazione e seguendo un afflato di coscienza, che quando questi uomini cercano di *ri-guardarsi* appellandosi a diverse prospettive quali quelle temporali retrospettive della rievocazione delle scelte o quelle relazionali cercando chi si trovano *ancora* accanto e oltre sé, non riescono a rivedere nulla di valoroso e di cui essere orgogliosi, non trovano nessuno che li ha seguiti.

Questi uomini avvertono quasi unicamente un vissuto di umiliazione, di diversità, di amarezza e ricadono continuamente in comportamenti che da lucidi raccontano di non scegliere.

In altri casi arrivano a preferire un mondo dalla coscienza coartata e eliminare come quello tossico al mondo condiviso perché oramai così svuotato di sé, di progetti, di ulteriorità da risultare impossibile da sostenere.

Gli uomini che oggi vediamo affetti da (o caduti in) una nuova dipendenza in più risultano anche paradossalmente apolidi per-

ché non si riconoscono e non vengono spontaneamente accolti neanche nel mondo underground della *tossicità*, patria degli utilizzatori di sostanze: senza il diritto di uno spazio identitario, sebbene negativo di significazione e possibilità, questi sofferenti non si ritrovano ad avere nel tempo nulla se non la dipendenza nuda e cruda e a non avere uno spazio di condivisione neppure della patologia.

Ci siamo lasciati guidare in queste prime riflessioni di lavoro dall'epoché, ovvero il metodo husserliano del mettere tra parentesi le conoscenze pregresse e pre-giudizievole che normalmente assolvono alla funzione di compiere scelte e letture degli eventi ben automatizzate in favore dell'efficienza e della velocità, ma che in un contesto di studio e in un campo antropologico come questo rischierebbero di creare scatole vuote di raffinate ipotesi e buone singole prassi.

Queste eventualità non sono negative in sé ma rischiano di far perdere di vista il dramma umano, lo collasserebbero e derubrirebbero involontariamente in qualche singolarità od oggettivazione de-soggettivizzante, con il pericolo di creare assiomi insindacabili e vuoti e pertanto *de facto* a-scientifici e de-umanizzanti.

Vogliamo invece rimanere nel campo umano senza scomodare niente di sovra-, sub- o para-umano, prestando attenzione alla soggettività del dolore e alla oggettività del disturbo, così come emergono e vengono vissute dalle persone doloranti e malate che incontriamo.

Sarà come osservare le nuvole in cielo per quello che appaiono, osservandole nei colori e nelle forme che ci danno per immaginare ad esempio se porteranno pioggia e fantasticare sulle figure che ci sembrano comporre ma senza arrivare a convincerci che quelle figure dietro ci siano veramente.

Solo successivamente si procederà alla ricerca di una possibile lettura ulteriore ma che dovrà essere al servizio solo degli uomini e della relativa clinica trasformativa per ipotizzare percorsi di cura ad hoc, non per impostare meta-teorie.

Questo lavoro affiancherà alle riflessioni alcuni dati ricavati dalla pratica quotidiana presso la UOC Dipendenze Comportamentali e Unità Mobili della ASL di Caserta.

Il patire post-contemporaneo

Fenomenologia descrittiva delle nuove dipendenze

Le problematiche psicopatologiche, cliniche, trattamentali e di vita quotidiana legate a quelle che vengono definite “new addictions” o nuove dipendenze comportamentali sono ampie ed estese oltre che multiformi: infatti si spazia tra forme molto diverse sia nella modalità di darsi esistente ovvero del manifestarsi concreto, che nella loro categorizzazione del focus problematico ovvero nella ricerca di una base comprensiva comune ed eventualmente accomunante e generalizzante.

Queste patologie così multiformi spesso sono unificate nella dimensione nominale solo dal legame patologico nei confronti di qualcosa di altamente dipendentigeno rientrando anche loro così nell'enorme campo delle dipendenze.

Infatti se ad esempio facciamo riferimento alle prime dipendenze senza sostanza che ci vengono in mente come operatori si affacciano i gambling disorders o disturbi da gioco d'azzardo patologico, annoverate dagli addetti ai lavori come già “classiche”.

Risultano tali nel senso di *già conosciute* e affrontate da tempo sotto il profilo scientifico e delle attività cliniche correlate e hanno infatti avuto una classificazione nosografica indipendente attuale, ma che sono al contempo enormemente varie nelle modalità del manifestarsi e ancora in forte evoluzione.

Infatti sono annoverate in queste dipendenze specifiche sia giochi dove si accede sempre investendo denaro con risultati aleatori ma con modalità di accesso tanto istantanea su piattaforme virtuali dove scommettere su eventi reali che quelli che avvengono fisicamente e attivamente davanti ad una slot piuttosto che svolti passivamente osservando con la testa all'insù il monitor di un lotto istantaneo che snocciola numeri o ancora invece quelli che si raggiungono accedendo in mobilità da diverse applicazioni sul cellulare indipendentemente dal luogo fisico dove ci si trova, comune o privato, che permettono di accettare eventi frutto di elaborazione di algoritmi virtuali.

Nella differenziazione per contenuti tra i variegati giochi ci sono quelli che propongono di scommettere sui risultati di eventi sportivi passando ancora attraverso un supporto cartaceo stampando e cimentandosi con para-matematiche ingenue su quote di probabilità dettate dai gestori su cui fantasticare.

O ancora analizzando le statistiche di eventi di cui ci si fregia e convince di essere esperti conoscitori dove è possibile ancora un riscontro concretistico condiviso e reale o invece all'opposto attendere gli esiti di altre corse o giocate virtuali di partite ed eventi inesistenti se non nel processore di qualche server.

Oltre a questa dimensione che chiamavamo *già-classica* di accesso al campo delle nuove dipendenze, stanno sempre più emergendo ulteriori problematiche così caratterizzate sia sul piano clinico e che sociale quali il gaming online, cioè il giocare su piattaforme streaming da soli o in squadre con giochi che diversamente dal GAP richiedono

1. una qualche minima abilità almeno di coordinazione visuo-motoria o strategica legata al supporto e
2. una identificazione con avatar alternativi a sé e che pertanto spingono al massimo il gioco dei ruoli identitari alternativi.

Il primo ma non unico effetto che richiama la nostra attenzione e premura di clinici in alcune di queste altre modalità di abitare il mondo che vengono alla nostra attenzione è il riscontrare come per ogni dipendenza l'incapacità di porre un limite, sia al tempo speso che all'attenzione e preoccupazione profuse per queste attività, con conseguente limitazione degli altri impegni di vita e in seconda istanza nelle risorse economiche eventualmente investite senza scelta lucida e consapevole e così via.

Ancora dovremmo porre attenzione al ripresentarsi e manifestarsi di forme più sotterranee e carsiche e mutate rispetto a qualche anno fa delle cosiddette dipendenze affettive, in quanto oggi correlate anche alla problematica della violenza sulle donne o sui minori o sulle fasce deboli in generale.

Provando infatti ad ascoltare diversamente questo fenomeno, prestandogli nuovamente attenzione senza darlo per già conosciuto, emergono, oltre alle violenze gratuite e ingiustificabili sul piano umano e morale come quelle fisiche, sempre più resoconti di deprivazione della libertà e di ricatti psicologici, di problematiche legate al permanere in una condizione ambientale e sociale altamente critica.

Non ci troviamo più di fronte a problematiche spiegabili in tutto o in gran parte come effetto di una impossibilità socio-economica che schiavizzava molti soggetti indifesi perché senza lavoro e relativa indipendenza ma soprattutto senza comprensione e sup-

porto di un sistema socio-familiare che di fatto autorizzava culturalmente tali pratiche.

Riscontriamo in questo presente una patologia affettiva complessa, di dipendenza dal carnefice nonostante cultura e possibilità esterne quali anche di fuga e protezione oltre che di maggiore facilità di denuncia.

Dipendenze affettive anche meno eclatanti e che non chiamano in causa "l'amore" come forma massima a cui sottostare ma anche declinate verso genitori o lavoro o caratterizzate da reciprocità e non da unilateralità.

Le dipendenze affettive di oggi ci sembrano sempre più una *lucida schiavitù* esattamente come accade in altre dipendenze più che incapacità a trovare il modo di sganciarsi da un carnefice.

Stanno emergendo infine, ma solo per necessità di brevità che per reale completezza di trattazione, le internet dependencies e le social-network-addiction, che vanno a braccetto con le recenti modalità di iper-consumo di questo strumento oggi culturalmente accettato e addirittura dato per scontato nel suo diritto di presenza da tutta la popolazione attiva.

Infatti ci sembra che si configurino sempre più alla stregua di un pericoloso modo di avere a che fare con la realtà: l'interconnessione veicolata in praticamente ogni aspetto della vita da un medium virtuale e informatico, sia nella socialità che nelle pratiche quotidiane anche per provvedere ai propri bisogni di base, sta evolvendo a nostro vedere da scherzosa agiatezza e ricorso a sperimentazioni delle possibilità donate dalla modernità invece ad una prossima necessità che viene già processata con modalità sempre più automatiche e scontate e che si configura sotto diversi aspetti come potenzialmente dipendentigeno, se non già tale.

Basti pensare alle scene sempre più quotidiane e irreali di persone sedute allo stesso tavolo tanto al proprio domicilio o al ristorante che dialogano con i propri dispositivi per dare in pasto ai followers prima che a sé e agli astanti quello che si sta pensando e facendo o ancora al ricorso al web e al primo sito che si trova per trovare risposte alle proprie domande abbassando il livello non solo critico ma di ricorso a tutte le forme di intelligenza ed expertise e di ragionamento logico-deduttivo.

Si configura anche in questo caso una problematica di dipendenza perché la libertà di scelta viene schiacciata da eventi che ne prendono il controllo.

Un accenno alla dimensione socio-ambientale è d'obbligo, in quanto queste patologie sono già diventate post-contemporanee ovvero sono già declinate in una temporalità futura rispetto ai fruitori.

Ciò significa che nonostante siano recenti e presenti da pochi anni, la loro diffusione è capillare, democratica nel senso di diffusa ad ogni classe socio-economica e multidimensionale, cioè si possono trovare potenzialmente in ogni luogo, persona, ambito e soprattutto di immediatamente alla portata senza sforzi.

Appaiono difatti come se si fossero inserite nei meandri dell'umanità da tempo immemore e avessero acquisito una loro indipendenza esistenziale, diventando di fatto una dimensione a sé stante e dotata di identità e autonomia.

Di converso e come paragone le piazze di spaccio o gli incontri di scommesse clandestine, formalmente e di fatto più antichi, sono, giustamente e ovviamente, non solo antagonizzati e fuorilegge, ma residenti in un campo di lotta sociale per cui risiedono in un sentimento comune di illecito, di *sporco*.

Il *sensus communis* che abita le nuove dipendenze nella loro quotidianità è invece all'opposto tale da trovare nella Società attuale facili giustificazioni a questi agiti con una correlata difficoltà a contrastarli, sottovalutando e sottostimando gli eventi problematici successivi. Questo è probabilmente segno di come queste nuove declinazioni delle dipendenze siano già profondamente incarnate nel vissuto comune e per quanto questi fenomeni siano recentissimi sono già diventati al contempo un problema endemico, a larghissima diffusione, forieri di complicazioni multi-livello ovvero clinico-sanitarie, economiche, con pesanti ricadute sociali e legali sia civili che penali.

In alcuni paesi asiatici ad esempio le istituzioni si sono attrezzate creando una segnaletica stradale sia orizzontale che verticale in cui si invitano gli automobilisti a prestare attenzione a chi sta con la testa china sul proprio device mentre attraversa la strada: non è questo un esempio emblematico di un effetto adattativo formalmente ed eticamente scorretto ad una problematica che ha preso piede e ha imposto la sua presenza?

Non è questa la dimensione post-contemporanea delle nuove dipendenze che di fatto creano nuovi bisogni che non hanno un correlato costruttivo o dei risultati evolutivi come ogni evento libero ma invece portano ad una schiavitù che detta regole alla Società?

La crisi vitale e clinica

Fenomenologia trascendentale delle nuove dipendenze

Nell'osservare da vicino e partecipare a quel processo di mutualità autentica con i nostri assistiti, che fenomenologicamente si declina come un *esser-presso-l'altro*, ovvero avvicinandoci tanto da sentire il complesso correlato bio-psico-sociale di cui sono portatori senza confonderci né lasciare di converso troppa distanza che possa far perdere il *con-patire*, accade che accogliamo non solo i sintomi ma l'intero racconto di vita nella sua completezza.

Si mostra allora con forza alla nostra coscienza, attenta, viva, critica e clinica, una dimensione problematica traumatica multidimensionale che caratterizza queste cosiddette nuove dipendenze come vedremo a breve.

Innanzitutto come intuizione eidetica, come sentimento empatico sinestesico, avvertiamo un terremoto ancora in essere, portatore di una incredulità e di una angosciata attesa di un ancora che potrebbe manifestarsi quanto no.

Si tratta di una immagine globale ed esistenziale che pone un contrasto tra questa condizione nella sua portata così distruttiva contro qualcosa che sulla carta, ovvero a livello teorico e naïf, non sarebbe altro che un gioco, un passatempo, una attività anche quotidiana socialmente accettata.

Siamo di fronte di fatti ad un'ampia crisi dell'a-priori, di una *scossa* della gaussiana statistica della normalità (Scharfetter, 2004) in cui lo stato di faticoso equilibrio ed omeostasi psicobiologica che caratterizza alcune esistenze qui viene a crollare. E lo fa come un terremoto, fragorosamente e all'improvviso, scuotendo le precedenti certezze ed equilibri.

Accade anche nelle dipendenze senza sostanza che il corpo vibri parimenti nelle sue fondamenta biologiche e che si attivino i circuiti neurotrasmettitoriali dell'eccitazione/attivazione/piace-re prima e del craving dopo, tanto nel momento in cui la

coscienza incontra l'elemento trigger tanto sul piano di realtà dell'esperienza fattiva quanto su quello anticipatorio-immaginario della preparazione, dell'attesa, della scelta.

Il processamento chimico-elettrico segue in questa esperienza delle dipendenze senza sostanza da una condizione primariamente se non assolutamente psicologico-esistenziale patologica e si attivano allora gli stessi circuiti della Dopamina e Serotonina coinvolti nel sistema limbico del reward al pari della cocaina (vedasi ad esempio Noos 14/2008 o Varango, 2012).

Il Mondo Corporeo e la biologia nelle sue fondamenta risuonano fortemente riconoscendo una tossicità psichica ma con l'apparente paradosso di non avere una sostanza esogena a cui rispondere e di fatto fidandosi solo delle attivazioni di una psiche sofferente.

Il che è un paradosso solo nella nostra generalistica visione culturale (non scientifica) di una relazionalità unidirezionale che dal corpo va alla psiche, dimenticandoci troppo facilmente che invece la correlazione è perfettamente bidirezionale.

La dimensione sociale si mostra schizofrenogena, riproponendo un vecchio termine utilizzato negli anni '50 che incanalava le riflessioni etiopatogenetiche a proposito di come le difficoltà familiari si riverberavano sulle personalità dei figli, in quanto osserviamo come la tecnologia attuale sembri proporsi come un ente regolatore al pari di un genitore.

La tecnologia oggi si trova nella possibilità di sovrastarci tendendo a dettare e regolare anche i desideri, proponendo e a tratti imponendo sempre più modi e strumenti di virtualizzazione dei rapporti con conseguente astensione reale dalle azioni e dai contatti diretti.

Queste modalità nuove ed innovative, che siano accettate passivamente come una normale evoluzione dei tempi o entusiasticamente, porta in dote anche multiple e variegata modalità di gioco d'azzardo, di scommesse remote, di acquisto differito tra enormi e titaniche possibilità un tempo impensabili, favorendo di fatto un isolamento graduale e accettato che diventa facilmente terreno per l'instaurarsi proprio di una dipendenza sia sul fronte abitudinario, quindi istintivo, che razionale che patico.

Di fronte a queste derive invece un'altra parte della stessa società, quella attenta e riflessiva e depositaria delle politiche attive e di vigilanza, inizia a comprendere quanto sta accadendo in alcuni livelli e mettendo conseguentemente in campo tentativi di arginamento del reflusso della marea patologica con atti di prevenzione sia selettiva che universale, passando dalle iniziali *timide* note sanitarie affisse su carta stampata e incollata con lembi di nastro adesivo sul fianco delle slot machines o dalle sintetiche avvertenze al termine degli spot pubblicitari un tempo più radi, a più decise autorizzazioni e incentivazioni degli interventi nelle scuole, cosa che ad esempio il nostro Servizio propone già dal 2013, praticamente dalla sua istituzione.

Questa scelta di dedicare parte delle proprie competenze e della propria operatività di base agli interventi di prevenzione scolastica è figlia a sua volta di un precedente Progetto operativo da cui proviene il Responsabile, ovvero dalla unità "Centro studi integrato sul disagio sociale e comportamenti correlati", un'esperienza nata nel 2000 in cui da statuto i soggetti fondatori, che erano la ASL di Caserta come capofila, il Provveditorato degli Studi, il Comune di Santa Maria a Vico (CE) e l'Associazione Melagrana, avevano posto primaria attenzione proprio alla prevenzione come forma di cura.

Mentre però la società attuale sul profilo che potremmo definire ultimo, territoriale, vitale, nelle sue piccole declinazioni sta tentando di intervenire sempre più a gamba tesa per affrontare queste immense problematiche, altre facce della stessa poliedrica società alternano accoglienza ad isolamento agli uomini affetti da una *new addiction*.

Infatti non risulta esserci ancora una chiara definizione condivisa, non tanto sul fronte sanitario quanto su quello politico e legale nonché culturale, a proposito della criticità di questa problematica, considerando spesso queste patologie come vizi passeggeri o amenità simil-hobbistiche.

Sarà così almeno fino a quando singole famiglie o comunità non scoprono che la propria supposta stabilità socio-economica è crollata tra flussi di denaro soprattutto in uscita verso scommesse di vario tipo e natura con gli strascichi che con effetto domino si abbattano su tutte le realtà vicine e correlate, che vanno dalla capacità lavorativa a quella familiare e relazionale alle scelte anche devianti.

O fino a scoprire che i propri figli si sono auto-reclusi e preferiscono stare con il capo chino sui dispositivi in ogni momento della giornata piuttosto che affrontare il “mestiere di vivere” (Pavese, 1952), o che si accumulano vestiti e scarpe e borse senza motivo e al di là delle reali necessità.

Questi sono gli usuali scenari che accompagnano senza apparente continuità un individuo che soffre di una di queste nuove dipendenze, con l'effetto principale di svilire se non ostacolare, involontariamente, una possibilità di cura e di allerta anticipatoria: l'individuo problematico prima di rimanere coinvolto dall'esplosione delle probabili conseguenze inevitabili non riesce a leggere questi comportamenti limite perchè non evidentemente ancora eclatanti nell'immaginario sociale e collettivo.

Lo stesso accadeva poche decadi fa quando ci si poneva di fatto per la prima volta il problema della dipendenza da eroina solo accorgendosi di un ago piantato in un braccio perchè nella migliore delle ipotesi il nostro caro era svenuto a terra nel bagno di casa e precedentemente non ci si era accorti dei cambiamenti di personalità e di priorità di vita che questi manifestava, del dimagrimento, della perdita di interessi su tutto.

Non è raro sentire nei nostri stessi assistiti rievocazioni di affermazioni tipo: “oggi ho perso tutti i soldi ma domani mi rifaccio” (per inciso con una presentificazione del futuro che nell'eloquio spontaneo si mostra senza continuità, schiacciandosi in una estensione del presente e pertanto non riuscendo a delinarsi facilmente in progetto separato dal puro vivere attuale).

Oppure “oggi mi ha picchiato ma domani sarà diverso, lo amo e lo farò cambiare”, o ancora “oggi batto il record online sulla piattaforma del gioco ma da domani mi metterò a studiare” e così via.

Non è solo la portata dissociativa dei soggetti sofferenti che stupisce quanto in questa dimensione sociologica che chi sta vicino a loro arriva a condividere queste affermazioni, di fatto operando un neglect comunicativo che elide l'assenza di un futuro che emerge da tali affermazioni che dovrebbero invece procurare brividi per la loro sterilità vitale, del continuo rimando in funzione di una vaga speranza che per di più non scaturisce da un bisogno o bene condiviso ma sempre più individualistico e che potremmo definire oltre che egoistico futile nella portata vitale. Nelle giustificazioni dei *vecchi* tossicodipendenti c'era una ribellione ad una condizione, fosse sociale, filosofica o prestazionale, ma c'era una dimensione ampia e globale contro cui ergersi o verso cui anelare.

Nelle nuove dipendenze, ma anche nei nuovi policonsumi, sembra che l'unico bisogno sia quello della mera soddisfazione personale, di fuga dalla noia, di imitazione acefala, di sbalzo senza fine.

Nessuno di noi permetterebbe ad esempio ai responsabili del cantiere edile dove si sta costruendo la nostra casa o al proprio datore di lavoro di posticipare di giorno in giorno l'avanzamento dei lavori o lo stipendio mentre di converso di fronte a queste affermazioni problematiche famiglia e società spesso concedono proroghe e l'agio di cimentarsi in altri tentativi senza aiuto, sostegno o supervisione di qualcuno.

Siamo infatti la stessa società che permette oggi sui voli aerei di acquistare biglietti della lotteria istantanea, avanzando perlopiù una giustificazione morale a copertura come “parte del ricavato andrà all'ospedale pediatrico X”.

Il foglio A4 stampato e attaccato con lo scotch in qualche punto di una sala VLT o Bingo dalla ASL di riferimento territoriale non si è ulteriormente evoluto e rimane un debolissimo se non inutile gesto.

I numeri dei femminicidi sono elencati grazie allo scrupolo individuale di qualche testata giornalistica su carta o video che cerca anche di sensibilizzare le persone a chiedere aiuto con lodevoli iniziative ma tendenzialmente accade solo ad inizio anno e di fatto senza continuità.

Il Mondo Sociale si mostra attonito e cieco, confuso e ambiguo, premuroso e carico di promesse ma amnesico e amenziale e finché non riuscirà a prendere posizione e ci auguriamo schierarsi contro queste pratiche, per primo permetterà di fatto la loro prosecuzione e sottintesa autorizzazione, risvegliando sia chi è sopito sia chi è semplicemente incapace di vedere la patologia. Quando uomini e famiglie colpite da tali problematiche riescono infatti ad intraprendere un percorso di cura, le frasi che esprimono spontaneamente diventano prima di lucida consapevolezza, sempre relativamente alla dimensione sociale, come questa di un ragazzo con problematiche di gioco online che afferma che “solo nel gioco mi sento di appartenere a qualcosa di più grande di me che mi accoglie”, per poi diventare “scommettere era come un cancro che non riuscivo a togliermi da solo e che mi fa ancora piangere, vergognare di me, ma mi sentivo posseduto e non sapevo che fare, nessuno attorno a me mi vedeva e nessuno me compreso valeva qualcosa”.

La componente affettiva che questi uomini presentano si mostra derelitta e angosciata: passano continuamente infatti, nel corso del comportamento patologico, da uno stato dissociativo durante la condotta stessa ad un pentimento post-facto e ad un successivo terrore anticipatorio che riaccada nuovamente il tutto, esattamente come accade per le dipendenze da sostanza.

Questa circolarità depressogena e critica vede il soggetto il più delle volte incredulo dei propri gesti, disconoscendo fattivamente parte della propria vita e con vissuti ambivalenti e confusivi. Inadeguatezza e passività sono ulteriori vissuti emotivi che si parano di fronte all'evento critico verso cui il soggetto si sente impotente e solo.

Una emotività così complessa e carsica non può che essere terreno di successive scelte sempre meno lucide, in quanto la reazione di base sarà quella di tentare di fuggire al vissuto stesso e comportamenti ulteriori potranno essere tanto di resa quanto di minimizzazione della portata degli eventi o ancora di mera giustificazione, perdendo conseguentemente anche l'intrinseca umana capacità auto-terapeutica o di resilienza per quanto minima.

Il Mondo Emotivo è paragonabile in queste condizioni alla giostra delle montagne russe di cui ci si accorge però dopo le prime piroette che non si vede la fine: si tratta di una esperienza inizialmente eccitante anche nella sfida con le proprie capacità e risorse, ma che ben presto frustra le attese speranzose e lascia prima un indefinito senso di perdita di tempo, di speranze, di risorse, di risparmi, di auto-stima.

Dopo rimane l'automatismo cieco, il ritentare sfiduciato, l'ansia del vuoto, la rabbia contro la vita e sé, in uno tsunami di acqua e fango che distrugge e copre tutto.

Il campo della vita psichica mostra segni di sofferenza in ogni sua dimensione, carica di componenti psicopatologiche che spaziano dal rilevante al grave, passando da stati dissociativi a turbe dell'umore, da ideazioni abnormi all'incapacità di poggiarsi e riconoscere un piano di realtà che non sa più essere efficace nel contrastare gli eventi perturbanti.

Si mostra nei nostri assistiti e in ogni dipendenza in genere una condizione che siamo arrivati nell'esperienza con questi uomini a definire una patologia della volontà e nella gravosa portata di ciò potremmo affiancarci e citare Binswanger quando parla di una "perdita della libertà alla trascendenza, ovvero al proprio progetto... di smarrimento dell'arbitrio... di perdita della libertà e della creatività nei rapporti con il Mondo".

L'opera qui citata si chiama *Delirio* (1997) e non si può fare a meno, in una clinica più raffinata e attenta all'uomo e meno *statistica* di quelle proposte dalla attuale cultura nosografica imperante, non notare delle importanti affinità con questa condizione e con la psicosi in senso stretto, riscontrabili bene nella pratica clinica quotidiana.

Affinità che emergono ad esempio quando ci vengono riferite le testimonianze che descrivono l'impossibilità a far fronte all'impulso del craving che viene spesso descritto come un fenomeno imperativo, quando i racconti della perdita della capacità di operare scelte individuali consapevoli nell'istantaneità di fronte ad uno stimolo o evento trigger, quando il vissuto atmosferico riportato è pervaso di pentimento costante e incredulità, o ancora l'incapacità a spiegare i propri agiti post-facto avulsi da ogni propria precedente normale morale o stile comportamentale e così via.

Minimo comun denominatore è la paradossalità del vissuto emotivo, paradossalità insita nell'angoscia, che diversamente dall'ansia o dal panico è sentimento caratteristico delle psicosi, angoscia continua del vivere dipendente e che richiama fortemente il concetto della psicopatologia tedesca del *gemacht* cioè all'esser-fatti passivizzante esistenziale, presente in molte cliniche psicotiche non schizofreniche.

Le condizioni della dipendenza in generale e della dipendenza senza sostanza nello specifico sembrano avvicinarsi moltissimo a queste dimensioni critiche dello *scacco umano* in cui il sofferente vive una condizione continua di "oltre-da-sé", di perdita della centralità esistenziale (per una recente proposta più approfondita dall'Autore in questi termini si veda Valdevit, 2019). Tutto questo contribuirebbe a spiegare bene sia la complessità della cura che della necessità terapeutica e preventiva di intervenire presto, con efficacia e ricercando nel Mondo Psichico così caratterizzato innanzitutto stabilità delle principali dimensioni che qualche singola remissione sintomatologica specifica.

Come evocato dalla forza e complessità dello tsunami del paragrafo precedente, le dipendenze tutte e quelle senza sostanza nello specifico non sembrano una semplice schiavitù, come dall'etimologia fondativa del termine, in quanto non si tratta solo di

avere un padrone a cui dare conto ma di una condizione continuamente critica in cui non solo la libertà è perduta ma ogni dimensione personale è compromessa sia egosintonicamente che egodisticamente, in una sorta di kaffiano incubo in cui però oltre al corpo anche gran parte della propria personalità ha subito una trasformazione tra cui anche la propria piena volontà.

Un intervento possibile

Breve razionale di una psicoterapia fenomenologica applicata

Potremmo ora passare a definire la pratica operativa che il nostro Servizio tradizionalmente svolge e su cui è orientato come caratterizzata dalla *massima prossimità multidimensionale* attuabile senza sfociare in comportamenti non-professionali o pseudo-amichevoli, di fatto concentrandoci attivamente e volutamente nel trovare la cosiddetta *giusta distanza prossimale*, emotiva e sempre contemporaneamente attenta al mandato e alla componente sanitaria che sia essa indifferentemente di prima accoglienza, diagnostica, riabilitativa o di consulenza.

Ad oggi questo sforzo sembra donare dei frutti basandoci innanzitutto sul dato del numero di ricadute prossimo allo zero.

Inoltre potremmo commentare questa disposizione operativa discutendo della correlazione riscontrata tra gli sviluppi terapeutici e la soddisfazione e serenità sia degli operatori che dell'utenza afferente, sebbene sia un dato ad ora soggettivo senza una ricerca quantitativa impostata in merito ma che potrebbe essere stimolo futuro.

A grandi linee per descrivere quanto accade sul piano operativo e ambientale si potrebbero descrivere gli sforzi centrati da parte dell'équipe sulla ricerca di un ambiente lieve e di ascolto autentico e attento, nel proporre interventi sia individuali che gruppalmente che oggi (purtroppo!) anche a distanza, snelli e centrati sull'umanità, quindi senza camici nè segni distintivi se non quelli spontanei derivanti dall'autorevolezza e stima conquistata sul campo.

Gli operatori si mostrano attenti a non creare lontananza di ruolo artificiale a priori, ad esempio caricando anticipatamente e linguisticamente la relazione con un *lei* o un *voi* scontato *d'ufficio*, ma utilizzando agevolmente anche ad un possibile *tu* rispettoso della *co-umanità* e del *con-esser-ci*.

Tra le pratiche possibili è sempre stato dato forte rilievo agli interventi sul territorio, cessati nella fase pandemica e ripartiti recentemente, in cui le scelte privilegiate ricadevano sia sulla presenza di un'Unità Mobile ciclicamente a disposizione della cittadinanza in una piazza comunale, sia con terapie di gruppo allargate ai familiari e a chiunque gli utenti reputino capace o desiderino essere presente e infine dando voce ad ogni approccio individuale strutturalmente e scientemente ampio piuttosto che ultra-specialistico (maggiore approfondimento di queste prassi può essere trovato nel testo a cura di Malinconico, 2019). Su questa base condivisa di approccio al paziente la disposizione psicoterapeutica e psicoeducativa che sono venute naturali adottare, al di là degli orientamenti preferiti dai singoli operatori, è stata di improntare ogni colloquio, visita e approccio all'utenza prediligendo la componente umanistica nel senso pieno del termine.

Dall'esperienza maturata nel tempo e in nostro possesso sembra che questa tipologia di *atteggiamento* risulti ad oggi funzionale

al trattamento, riscontrando come gli utenti che frequentano il nostro Servizio e che accedono alle terapie individuali, di coppia, familiari e/o di gruppo che proponiamo mostrino un bassissimo livello di ricadute.

Inoltre osserviamo che non solo gli utenti richiedono di permanere volontariamente a lungo in trattamento ma che questi stessi hanno livelli di competenza, di insight e anche di rinnovata capacità auto-supportiva (quella che oggi chiamiamo resilienza) estremamente elevate, osservando quindi ex-post una efficacia e una efficienza dal punto di vista della volontarietà alla ritenzione in trattamento legata alla consapevolezza di malattia.

Sono elementi molto basilari ed elementari ma proprio perché tali, memori della portata epistemologica del *rasoio di Occam* a proposito dell'utilizzo di dati semplici e immediati, possiamo ipotizzare in una lettura *pulita* e non interpretativa degli accadimenti di essere su una buona strada operativa.

L'intervento psicologico specifico e l'atteggiamento generale sopra accennati interverrebbero con efficacia secondo le nostre riflessioni e osservazioni in quella condizione pre- e intra-critica della solitudine, sia esistenziale che esistenziale.

Questo vissuto complesso della solitudine è di fatto onnipresente negli uomini che si trovano a fronteggiare una pratica dipendente e *tossica* dis-umana caratterizzata tanto dall'isolamento dal Mondo Comune nel momento del consumo e tanto dal rimbombo di una domanda di senso così assordante nel suo stridere contro un sentimento di normalità che gli sfugge di mano nel ripristino di una forma di lucidità.

Questi uomini si ritrovano senza risorse, senza stimoli, senza scopi, senza compagni, senza comprensione, senza futuro, senza speranza.

Siamo di fronte a persone che pure conoscendo e vivendo e risperimentando innumerevoli volte il pericolo immane di ogni gesto di dipendenza, toccando con mano e vivendo l'umiliazione, la mortificazione, l'inutilità concettuale ed emotiva di ogni ricaduta, ci *ri-cadono* nonostante la memoria del dolore, i sensi di colpa, le promesse ai propri cari e a sé di svincolarsi.

La dipendenza si configura come una patologia paradossale se la osserviamo e studiamo con il metro della lucidità e della coscienza integra ed obiettiva come teorica condizione di base, ma anche appellandoci alla cosiddetta coazione a ripetere come lettura generalista non sembra che troviamo soddisfazione clinica e soprattutto indicazioni terapeutiche.

Potremmo forse più efficacemente far riferimento ad una psicopatologia più complessa andando a valutare per questi sofferenti il concetto di automatismo mentale con dissociazione (ad esempio De Clerambaut, 1994).

Stiamo incontrato ancora una volta, partendo ora dalle pratiche cliniche invece che dalle riflessioni etiopatogenetiche, l'idea delle dipendenze come processi psicotici o come fenomeni psicotici!

Non abbiamo lo spazio per approfondire qui la differenza tra processo e fenomeno nonostante risulterebbe importante anche sul piano trattamentale di queste patologie, ma accenniamo solo che nel primo caso, trattando le dipendenze come un processo psicotico, avremmo a che fare con una condizione caratterizzata da continuità e dinamismo e con una sua evoluzione positiva o negativa sempre possibili, in una plasticità esistenziale ed esistenziale.

Nel secondo caso, ovvero della dipendenza come fenomeno psicotico, ci troveremo di fronte ad una condizione statica e in quel momento già data e difficilmente contrastabile in sé in quanto sintomo di una condizione ulteriore da scoprire.

Per ottenere una trasformazione positiva e terapeutica nel primo caso potremmo agire efficacemente sul darsi della dipendenza stessa mentre nel secondo caso ci troveremo di fronte alla dipendenza come un epifenomeno risultato di eventi psichici e psicopatologici precedenti.

Nel primo caso quindi potremmo operare contemporaneamente dei trattamenti sintomatici ma impegnandoci nella terapia a *donare senso* al fenomeno dipendente come evento complesso e multifaccettato, nel secondo caso la dipendenza sarebbe il risultato manifesto di una ulteriore patologia pregressa e sottesa e gli interventi dovrebbero tendere a ricercarla.

In ogni caso non ci sarebbe bisogno di scomodare alcun fenomeno pre-psichico o meta-psichico perché la dipendenza è un evento reale e appartenente al reale che nel reale vive e soffre e l'analisi dell'*hic et nunc* e del *progetto-di-mondo*, ovvero dell'analisi del futuro e delle possibilità, sarebbe a nostro parere la strada preferibile.

In ogni caso che si tratti di problematiche psicotiche in divenire o date, border o nevrotiche e che la dipendenza sia un effetto della condizione psichica attuale o un sintomo fondamentale e indipendente, andrebbe proposta a nostro vedere la relazione terapeutica come *lo* strumento terapeutico primario, basato sul principio operativo di proporre un *con-essere* interessato autenticamente all'altro, ovvero una dimensione interpersonale attiva e autentica proprio perché ci troviamo di fronte ad un fenomeno doloroso e patologico manifesto grave e critico con una importante perdita dell'umanità condivisa.

Ampliando ora infine le riflessioni emerse dal metodo fenomenologico applicato ed estendendone la portata esplicativa sul piano trasformativo, un *progetto-di-mondo* adeguato (vedasi ad esempio Binswanger, 1973 e Callieri, 2007), ovvero la dimensione di senso calata coerentemente dall'individuo alla realtà, se nuovamente presente risveglierebbe anche le ulteriori dimensioni trascendentali che potremmo chiamare del *per-sé* e del *tra-sé*, ovvero quelle fondative e alla base di ogni ricaduta concreta sia di visione-del-mondo (Jaspers, 1950) che di processo psichico successivo.

Nella dimensione del *per-sé* si troverebbe condensata la condizione di scopo presente in ogni esistenza che se autentica e coerente dovrebbe essere capace di svincolare il soggetto sofferente dalla dimensione fagocitante e centralizzante della patologia. Sul piano concreto e operativo questo significa sganciare le nostre terapie dalla sola sintomatologia eclatante e manifesta, che come in questo caso si è incagliata nella sofferenza paradossale di cui sopra, e abbracciare ma soprattutto far dirigere l'attenzione dei nostri assistiti verso la propria complessità delle dimensioni bio-psico-sociali.

Opereremo così una ulteriorità di senso rispetto alla tendenza degli stessi sofferenti a congelarsi sulla dipendenza stessa e di conseguenza saremmo capaci di risvegliare le altre dimensioni umane a catena con un effetto domino sui fondamenti delle condizioni concrete di ogni vita quali la temporalità della vitalità e la spazialità dell'azione.

Con la liberazione della prima condizione si avrebbe a che fare con lo sviluppo sano di una temporalità che nel *continuum* di base del passato-presente-futuro permetterebbe agli uomini di *abitare* in sintonia il Mondo, in quanto vivrebbero il passato come memoria e fondamento di un futuro che sarebbe in grado di caricarsi ora delle proprie possibilità declinate in progetti e desideri e aspettative sane e contemporaneamente avere a che fare con un presente che si farebbe ponte con la realtà vissuta, coerente e attuale.

Con la disponibilità della seconda condizione ovvero delle condizioni di possibilità di azione, gli uomini sperimenterebbero l'autorizzazione intima ad estendere il proprio pensiero svincolandosi dalla coartazione verso il proprio problema fagocitante, liberando le dimensioni di vita quotidiana prima schiacciate e ridare loro respiro.

Accedendo di fatto ad un adeguato racconto autobiografico e con una conseguente narrazione più libera e in linea con la dimensione temporale di cui sopra, il senso della propria complessità umana sarebbe a disposizione di progetti futuri e ulteriori con conseguente autorizzazione ad operare su altre dimensioni della propria vita e aprendosi ad una riabilitazione in prima persona con conseguente livellamento della sintomatologia sia di matrice emotiva che ideica.

Il *tra-sé* invece come dimensione trascendentale rappresenta nella nostra trattazione l'umanità nella sua dimensione di condivisione potenziale, l'intima parte sociale di ogni individuo, uno dei possibili antidoti sopiti alla relazionalità invece fallita di quella umanità solitaria in cui è incastrato l'uomo dipendente che quando si sveglia ciclicamente dal proprio incubo nella migliore delle condizioni si sente alieno e senza patria né diritti e permane nella condizione patologica anche perché non trova alternative in cui sentirsi a proprio agio.

In altri casi accade invece che questa parte sociale si dissocia, si fa inautentica perché incapace di reggere a lungo questo dissidio e la sua ambivalenza, finendo per adeguarsi ad una vita passiva, acritica e fallita, in cui la dipendenza in ogni sua forma è una pseudo-vita ma anche se offuscata e confusa e parziale e un'ombra della vita stessa è almeno ancora una forma di vita sebbene caratterizzata ad abitudini, emozionalità e scopi indotti.

E questi uomini arriverebbero a scegliere tale forma di vita pur di vivere.

Alcuni dati

Ora prima delle conclusioni forniremo alcuni primi dati emersi dai report ufficiali trasmessi al SSR e Nazionale a proposito delle prestazioni della nostra UO per dare un quadro dell'utenza presa in carico.

	Nuovi utenti M	Δ% incremento M	Nuovi utenti F	Δ% incremento F	Totale al nosologico	Δ% incremento
Totale 2018	39		5		441	
Totale 2019	39	0,00	1	-80,00	512	16,10
Totale 2020	32	-17,95	7	600,00	562	9,77
Totale 2021	53	65,63	15	114,29	632	12,46

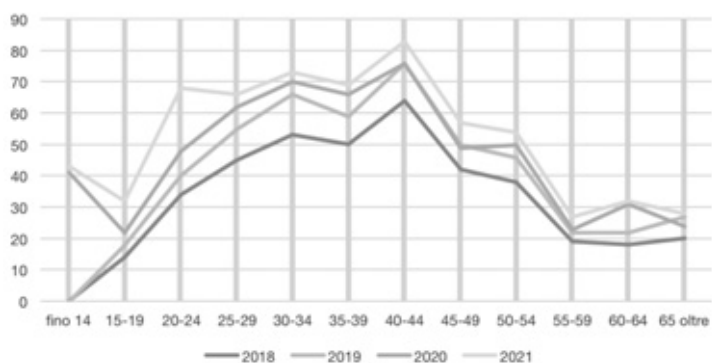
Interessante notare una impennata dell'accesso delle utenze femminili dopo la prima ondata pandemica, con una lieve flessione generale in quel periodo corrispondente al calo della nuova utenza maschile ma con un costante incremento annuo generale.

A proposito della distribuzione per età e sesso si nota negli ultimi due anni un balzo della fascia dei minori e dei primi maggiorenni, sempre in linea con le indicazioni nazionali di un aumento della problematica estesa ai nuovi giovani.

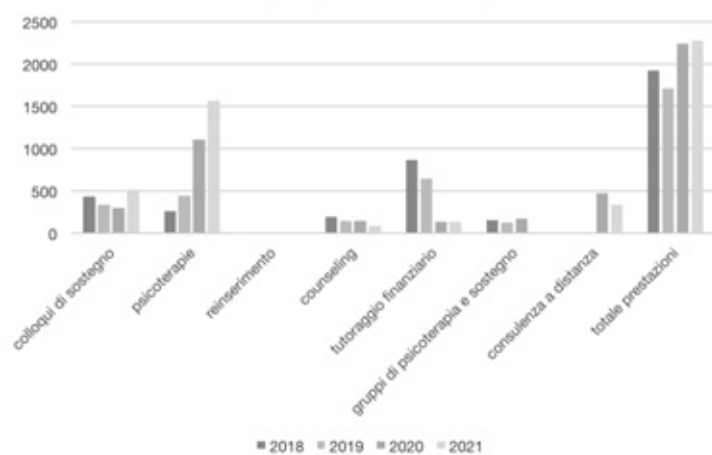
Le prestazioni effettuate si sono specializzate e concentrate nel corso degli anni sulle psicoterapie individuali, senza che altri interventi si annullassero al contempo ed è forse facilmente correlabile con il dato successivo.

Da osservare come da un lato la pandemia ha incrementato gli interventi a distanza, telefonici o in videoconferenza, osservando purtroppo precipitare di converso una delle peculiarità del trattamento proposto del nostro Servizio che erano le psicoterapie di gruppo.

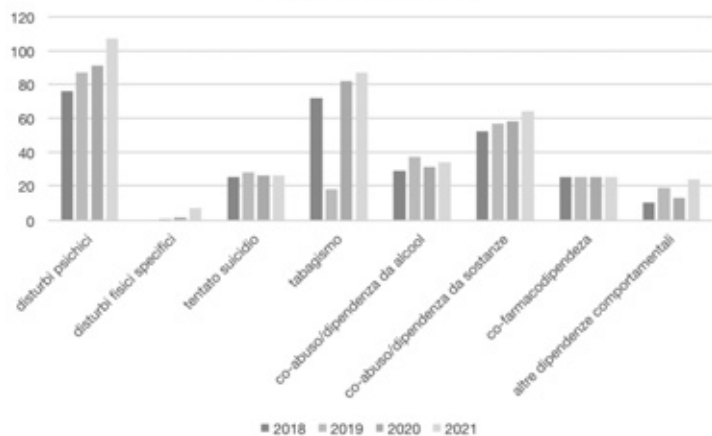
Distribuzione utenza per età



Principali prestazioni erogate



Comorbidità cliniche



Si osservi la costanza delle problematiche ulteriori e in particolare l'incremento delle complicità psicopatologiche riscontrate, sia per l'affinamento clinico sia per la probabile slatentizzazione delle problematiche che richiedono il ricorso all'aiuto professionale, spiegando probabilmente il ricorso e l'intervento psicoterapeutico individuale come elitario, oltre alla necessità di interventi non aggreganti causa pandemia.

Ci riserveremo in un successivo lavoro di incrociare altri dati.

Uno sguardo nel carcere

Il mondo vissuto del dipendente dietro le sbarre

Seguiamo il nostro cammino inoltrandoci nei corridoi dell'Istituto Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere (CE), dove passo dopo passo, nel lungo susseguirsi delle celle, incrociamo gli sguardi di molti di questi viandanti che smarriti nel Mondo-di-fuori hanno trovato approdo in questo luogo che per costituzione fa da contraltare alla libertà insita nel Mondo-della-vita.

In questo posto che a occhi naïf potrebbe sembrare il calderone dei paradossi dell'esistenza umana, appare concretizzarsi e compiersi l'incubo del personaggio kafkiano Gregor: il restar definitivamente prigioniero della perdita della propria libertà personale, il definitivo deflagrarsi della propria volontà, il raggiungimento del culmine di un processo trasformativo identitario che nel depauperare queste persone di una loro umanità li relega ad una dimensione di mostruosità.

La sotto-popolazione carceraria che nello specifico presenta un disturbo da dipendenza è approdata qui prevalentemente per reati di detenzione e spaccio di stupefacenti, estorsione e rapina, tentati omicidi e maltrattamenti intra-familiari.

Rispetto a quest'ultimo fenomeno nel suddetto Istituto è infatti stato avviato un programma di recupero e trattamento rivolto ai detenuti iscritti al Ser.D. e condannati per maltrattamenti per intercettare questo comportamento che spesso resta impunito, perché non frequentemente denunciato, ma ad una osservazione puntuale invece è altamente presente tra questi uomini, tanto che potremmo evidenziarne una precisa modalità esistenziale, caratterizzate, tra le altre cose, da una tendenza delle loro personalità al superamento dei limiti, al discontrollo degli impulsi e ad una labilità emotiva.

La violenza, nel suo darsi come puro fenomeno, sembra sottesa alla manifestazione del violare, dell'oltrepassare e ledere un altro essere umano nel proprio corpo, nella propria dignità e nella propria libertà.

Senza dilungarci troppo su questo aspetto, non per una minore importanza ma perché scopo della presente testimonianza è prevalentemente una descrizione del mondo vissuto del dipendente all'interno del carcere come necessaria riflessione anticipatoria dei possibili risvolti terapeutici e trattamentali in quest'ambiente, lo terremo a mente e continuamente presente in quanto la dimensione relazionale, di cui la violenza ne è una delle possibili declinazioni verso il polo negativo, è essa fattore fondamentale dell'esistenza, dell'essere dell'uomo con l'uomo: l'"esse est co-esse" di cui ci ha ben parlato Gabriel Marcel (Marcel, 1999) è costitutivo del vivere umano, è considerato infatti fenomeno primordiale antipredicativo.

Dai racconti delle vicissitudini di vita rocambolesche di questi uomini spesso è rinvenibile infatti la perdita di questa dimensione della relazionalità, lo smarrimento del con-essere e il conseguente aumento di un vissuto di senso di vuoto, di solitudine e incomprendimento.

Nello sfaldamento della rottura della dimensione del co-, rinvenibile nella pro-tensione dell'individuo ad un auto-centramento, si configura un altro paradosso della condizione della dipendenza, che nel suo manifestarsi è emblema di una condizione di aggregazione e fusione con altro-dal-sé.

La maggior parte di questi soggetti presentano prevalentemente tratti di personalità appartenenti al Cluster B (DSM-5, 2014), il cui minimo comune denominatore del loro vissuto patico è una quota d'angoscia sommersa, coartata o mascherata dal manifestarsi della loro patologia, punta dell'iceberg di un malessere esistenziale che clinicamente si può estendere dal polo depressivo al polo maniacale, sfociando nel caso della popolazione carceraria alla messa in atto di comportamenti antisociali e dissociali che rientrano nel campo dell'illegalità da cui la contestuale condanna.

La legge nella sua genesi normativa avrebbe, tra le numerose funzioni, anche quella regolatrice del comportamento delle persone con lo scopo di mantenere salda la struttura di una società al fine di garantire la sicurezza e il rispetto della dignità delle singole individualità che vi appartengono, favorendo un legame e una cooperazione tra i soggetti.

Di conseguenza la violazione della legge, almeno quando consapevolmente e coscientemente operata, è emblema di una rottura di questo legame tra il singolo e il resto della comunità.

L'istituto penitenziario, sorto contestualmente per rispondere ad una esigenza contenitiva e riparativa dei fuorilegge, in questa visione potrebbe rappresentare il micro-mondo in cui la persona inserita necessariamente si troverà anche sul profilo rieducativo più profondo a risperimentare una condizione dell'essere dentro una comunità.

Le mura di cinta prima, che delimitano il perimetro del carcere, le sbarre poi, che si susseguono di volta in volta al procedere all'interno segnando il passaggio da un reparto all'altro, e le camere abitate dai detenuti che una affianco all'altra costeggiano i corridoi all'interno dei reparti, rappresentano il percorso e il cammino obbligato che dal mondo fuori il carcere al mondo al suo interno identificano un ambiente di vita che nella sua spazialità va lentamente e inesorabilmente restringendosi.

Questi soggetti nel riportare un vissuto di inadeguatezza, alcuni esplicitamente, come se sperimentassero su sé stessi una condizione di inabitabilità del mondo e un vissuto di impotenza rispetto all'accadere degli eventi che quindi sentono sfuggire al loro controllo, sembrano disporsi nella vita intramuraria in una modalità di accettazione passiva come se vivessero la designazione ineluttabile di una condizione apparentemente paradossale di vittima, e la delimitazione di spazio di vita può quindi rappresentare la possibilità fattiva di una riappropriazione di quel qualcosa che dai racconti sembra essere andato smarrito.

Le persone con un disturbo di dipendenza, qualsivoglia sia la declinazione che assume la patologia, che sia pertanto una dipendenza da sostanza o una dipendenza comportamentale, nello specifico appaiono al mondo tanto con uno sguardo fisso o melanconico, tanto con una corporatura tronfia o ripiegata su sé stessa, tanto con un atteggiamento schiacciato o spavaldo, manifestando in ogni caso un'impossibilità o un'incapacità di abitare il mondo, un'interruzione della dimensione temporale e una difettività nella sfera relazione.

Nella rappresentazione di questo quadro la dimensione dipendigena rappresenterà la cornice intorno alla vita vissuta, assumendo la connotazione sia di mezzo aggregante tra il soggetto e il resto del mondo sia di strumento contenitivo e delimitativo.

Il soggetto dipendente, infatti, tende ad abitare sempre gli stessi luoghi, la stessa piazza di spaccio, lo stesso bar e la stessa sala slot e VLT.

In questo contesto di vita designato da un'impossibilità del vivere o da una coartazione delle possibilità, la dipendenza viene a configurarsi come l'"*elan vital*" (Bergson, 2012) di questi soggetti che consentirà loro di muoversi nel mondo.

Il raggiungimento del connubio con la sostanza pertanto consentirà l'emersione del dipendente dallo spazio angusto della sua emotività angosciata.

La dimensione del piacere restituito da questo volo pindarico porterà però il soggetto sperimentatore al probabile rinforzo del comportamento con una conseguente ri-organizzazione della vita e delle relative dimensioni del tempo e dello spazio di vita in relazione alla dipendenza stessa.

Per questi uomini che nel mondo appaiono muoversi come sonnambuli solitari, il carcere costituisce la possibilità, brutale se vogliamo, di risvegliarsi dallo stato oniroide dell'essere fatto e dalla condizione dell'esser solo.

Collocati quasi tutti in un unico reparto, le persone con un problema di dipendenza sperimentano nel circuito penitenziario al contempo e diversamente da altri una condizione di privilegio data dal diritto alla cura per cui vi è la presa in carico del soggetto da parte di specifico personale sanitario e una serie di benefici nell'attribuzione ed eventuale sconto della pena riconosciuti nella legge 309/90 e successive modificazioni in cui vi sono disciplinati anche i percorsi di cura e riabilitazione per i tossicodipendenti che fanno ingresso nel carcere.

Se a livello normativo infatti la suddetta legge stabilisce i comportamenti da tenere da parte delle autorità giudiziarie di fronte a questa condizione di malattia, dall'altra parte restituisce al soggetto quella dimensione di persona che molto probabilmente è andata sgretolandosi in un Mondo orbe e caotico.

Nonostante la presenza di specifici benefici sulla pena per questi detenuti al fine di consentire un percorso di cura che solo apparentemente potrebbero essere visti come una condizione di privilegio rispetto al resto della popolazione carceraria, la percezione di sé che ognuno di questi soggetti vive all'interno dell'Istituto di pena varia moltissimo in relazione agli aspetti personali, al darsi della dimensione della loro dipendenza all'interno della singola storia criminale, allo stigma sociale che li precede nel momento in cui varcano le mura e le sbarre.

Tuttavia è usuale rinvenire nella maggior parte di loro e indipendentemente dagli elementi individuali dei meccanismi di negazione e minimizzazione rispetto il reato, relegando alla loro condizione di abuso o dipendenza la responsabilità dei loro gesti, assistendo dunque ad un rovesciamento della medaglia: se infatti nel mondo esterno al carcere la persona fa fatica a dichiararsi dipendente, in questo contesto invece l'assunzione della responsabilità della malattia sembra un modo come sgravarli dalla responsabilità dei loro comportamenti.

Nell'incontrare e dialogare con queste persone spesso si nota la tendenza a rimandare nettamente il vissuto di impotenza e di schiavitù resi e legati dalla condizione di dipendenza, differenzialmente dai soggetti che non varcano questa soglia e che tendono in prima istanza a non riconoscere questo stato, motivo per cui è estremamente difficile che prendano l'iniziativa ad accedere ai Servizi di cura preposti.

Indubbiamente in carcere c'è anche l'intento manipolativo e strumentale del dichiararsi un tossico, ma senza colludere con il loro fine, sotto un profilo clinico il riconoscimento della loro condizione spesso si fa la condicio sine qua non per iniziare a tessere un'alleanza terapeutica.

Il primo passo verso una presa di consapevolezza spontanea e autentica della propria condizione accade nella classica situazione descritta universalmente nel trovarsi a toccare il fondo,

ovvero nella precipitazione in caduta libera nella morsa stringente e fattiva della dipendenza.

Tuttavia con i detenuti bisogna interfacciarsi e confrontarsi prima con il vissuto di essere rimaste vittime di un destino beffardo che li ha condotti dentro l'Istituto di pena.

Accade poi al calar del buio e con l'affievolirsi della luce che si induce in queste persone uno stato di disperazione, dato soprattutto dal correlato riconoscersi, riscoprirsi e ritrovarsi lontani dai loro affetti, che il desiderio di un ricongiungimento inizia a smuovere le coscienze in un senso critico costruttivo.

"Preferisco venirti a trovare dentro al carcere piuttosto che al cimitero" è una delle frasi riferite dai detenuti durante i nostri incontri riportando le parole di chi trovandosi a camminare accanto a loro ha visto nella denuncia dei loro comportamenti l'ultima spiaggia dove tentare di far approdare i loro cari.

"Ora inizio a capire che se mia moglie mi ha denunciato è perché mi ama, ha capito che solo così avrebbe potuto salvarmi.

Se fossi rimasto là fuori a quest'ora sarei già tre metri sotto terra".

"Sono finito dentro ingiustamente, ma quante volte mi è andata bene. E a volte mi faccio forza pensando che è una fortuna che io sono ancora vivo".

Queste sono alcune delle frasi riportate da chi giunto in questa valle di lacrime si sente un sopravvissuto e nella consapevolezza crescente di trovarsi in una condizione di parziale o totale privazione della propria libertà, nella perdita della propria autonomia inizia a riconsiderare tutte le cose fino a quel momento date per scontate, maltrattate e sciupate.

La ridisegnazione degli spazi di vita, la riorganizzazione dei tempi di vita, la condizione imposta di convivenza con l'altro, sono gli aspetti che iniziano a scalfire la corazza di questi soggetti, facendoli sentire a volte contenuti e protetti quando le maschere di vittime iniziano a scollarsi.

Se nel Mondo-di-fuori infatti appaiono muoversi come vagabondi senza dimora, come automi con i paraocchi privati di desideri, immaginazione e sogni, la Casa Circondariale, non sarà forse un caso il nome, diverrà la dimora presso cui abitare, ristabilire abitudini quotidiane andate smarrite, il luogo da cui poter ritornare ad alzare gli occhi verso il cielo da dietro le sbarre e tornare a riprovare quel sentimento di speranza, quella voglia delle piccole cose quotidiane, quell'abbraccio dato per scontato e spesso anche schivato, quel desiderio di poter tornare a toccare il mondo.

Nel passaggio davanti alle loro camere vediamo che salutano, cercano di fermare, di fare domande, alle volte le più semplici domande possibili, alla ricerca di chi si voglia fermare a dare loro una risposta.

Allora si impegnano a compilare la richiesta per avere un colloquio, desiderano essere ascoltati, desiderano raccontarsi e come disse un detenuto durante un colloquio, desiderano "ricomporre il puzzle della loro vita".

Spesso abbiamo sentito definire il carcere come l'ultimo luogo in cui un essere umano vorrebbe finire, riportando a testimonianza le testuali parole di un detenuto: "dottoressa peggio del carcere c'è solo finire al cimitero".

Sembra allora paradossale che è nel luogo degli ultimi che si risveglia il desiderio di una vita come quando si sente dire "dottoressa quando uscirò da qui desidero solo avere una vita normale e basta".

Si risveglia in questi il bisogno di una normalità, iniziano a riconoscere in essa il senso delle cose.

Forse non si fanno grandi cose in carcere, forse sono inquadrabili in poche attività apparentemente banali, semplici, ma che nella loro normalità riescono a restituire una scansione del

tempo a questi uomini che avevano perso il loro tempo per vivere il tempo della loro dipendenza.

Sebbene la descrizione appena fatta sembra voler attribuire alla condizione di privazione il merito di un risveglio del desiderio di vita, bisogna tenere bene a mente che chi ha un disturbo da dipendenza vive costantemente la dimensione della privazione e appare propria questa una delle dimensioni attivanti il craving, se non la principale, inducendo il soggetto alla messa in atto di comportamenti che lo inducono all'appetizione del bisogno.

Il termine craving indica lo scatenamento di un desiderio improvviso e incontrollabile, spesso manifesto come sintomo di una crisi astinenziale, ed è altamente associato non solo alla condizione di privazione che vive il soggetto ma soprattutto alla quota di possibilità che il soggetto sente di poter soddisfare.

Allora la vista della bottiglia, il passaggio davanti il solito bar in cui c'è la slot, la camminata in prossimità della piazza di spaccio, l'avvicinarsi dell'ora in cui ci si ritrova per farsi la dose, sono tutti stimoli attivanti perché richiamano nella mente del soggetto la possibilità del poter(sì) fare.

Per il tossicodipendente il craving, in quanto sperimentazione di un desiderio irrefrenabile, è possibilità di risentire la propria parte vitale, che si manifesta attraverso lo scatenamento biochimico che nel dominare il soggetto al termine della cascata lo lascia stordito e disorientato.

Se all'inizio per il soggetto sarà un po' come salire sulle montagne russe, e il senso del gesto sarà rintracciato nella ricerca stessa del godimento, con il ripetersi dei giri di giostra non solo il tempo del godimento diventerà sempre più breve, fino a divenire inversamente proporzionale ad una quota di malessere che andrà aumentando, ma verrà smarrito anche il senso di quello che si sta facendo, scoprendo che non si potrà più fare a meno di salire.

Quello che allora avrebbe dovuto essere un semplice giro al parco divertimenti si trasformerà in una prigione senza via d'uscita.

Vista da questa prospettiva allora il cammino dei nostri detenuti è un cammino piuttosto breve, il passaggio da una prigione all'altra, con la differenza che è proprio nella seconda prigione, quella di cemento e ferro, che li sottrae al mondo ad avere inizio il loro possibile cammino verso il mondo comune e il co-esse.

Non ci sono giostre nel carcere, ed è questo che protegge le persone dalla sperimentazione del desiderio irrefrenabile dell'appetizione del loro bisogno.

Nel carcere infatti, superato il momento della cosiddetta sindrome astinenziale, le persone sperimentano una condizione di craving notevolmente ridotta rispetto all'esterno perché la possibilità di ricerca della sostanza è estremamente complicata. Ed è allora in questa condizione di sottrazione di possibilità di scatenamento di un desiderio che i detenuti tornano a poter ricontattare altri desideri di vita.

Conclusioni

Oltre all'idea di proporre sempre una terapia psicologica nei soggetti affetti da una dipendenza patologica, vorremmo concludere traendo dal flusso ragionato delle riflessioni sopra proposte e dalle pratiche di esperienza una spinta ulteriore alla responsabilità preventiva dell'operatore in quanto clinico.

Infatti se la psicoterapia che qui proponiamo nella sua veste umanistica svolge, o speriamo che lo faccia, una funzione riabilitativo/trasformativa efficace ed efficiente nel trattamento delle dipendenze e delle nuove dipendenze figlie di una post-contemporaneità patologica, assumiamo che ciò accada in quanto que-

sto disturbo si caratterizza fortemente sia sul piano sociale che psichico che biologico e la pratica clinica della psicoterapia funzionerebbe anche in quanto, tra le altre cose, capace di intuire e ricordare queste dimensioni nella loro interrelazione.

Si mostrerebbe inoltre efficace nell'intervenire sulla solitudine esistenziale e sullo smarrimento progettuale e di senso, come ipotizzato da questo autore qui e più approfonditamente in Valdevit (2019).

Questa pratica andrebbe estesa pertanto con le dovute attenzioni con sempre più impegno anche all'età scolare, in cui è probabile e risaputo che si sviluppino le prime fragilità e riuscire così ad intercettare le dimensioni umane co-responsabili della problematica prima che risultino purtroppo incrinare e tali dall'osservare come spettatori l'acuirsi e il cronicizzarsi del problema.

Ma la prevenzione qui immaginata dovrebbe accedere al cuore dell'età scolare ed essere pensata sempre nell'ottica della condivisione e delle scelte consapevoli, quindi non centrata da slide e convegni ai ragazzi ma da esperienze vive e che possano toccare ed appassionare il giovane alla possibilità di una curiosità verso l'altro, del con-esserci autentico e scevro dalla "logica del commercio" (Heidegger, 1971) cioè di un'utile che spinge all'azione. Già moltissimo si sta facendo in numerose realtà e bisognerebbe dividere gli sforzi tra ambulatori e prevenzione, i due capisaldi della territorialità.

Contemporaneamente l'attività quotidiana dei Servizi deputati al trattamento di queste patologie prosegue e deve proseguire perché si fermi questa vera e propria epidemia che inaridisce gli uomini colpiti e le loro famiglie, bruciando le speranze, creando diffidenza e solitudine e dolore.

Bibliografia

- AA.VV. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bergson H. (2012). *L'evoluzione creatrice*. Rizzoli.
- Binswanger L. (1997). *Delirio, Saggi*. Venezia: Marsilio.
- Binswanger L. (1973). *Essere nel Mondo*. Roma: Astrolabio.
- Callieri B. (2007). *Corpo Esistenze Mondì*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- De Clerambaut G.G. (1994). *Automatismo mentale. Psicosi Passionali*. Bari: Metis.
- Jaspers K. (1950). *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Husserl E. (2008). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Heidegger M. (1971). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Malinconico R., a cura di (2019). *Il gioco senza sorriso. Viaggio nella dipendenza da gioco d'azzardo*. San Felice a Cancellò (CE): Edizioni Melagrana.
- Marcel G. (1999). *Essere e avere*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Noos. *Aggiornamenti in psichiatria* (2008). Nuove dipendenze. *Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*, 14, rivista quadrimestrale.
- Pavese C. (1952). *Il mestiere di vivere (Diario 1935-1950)*. Torino: Einaudi.
- Scharfetter C. (2004). *Psicopatologia generale*. Firenze: Giovanni Fioriti Editore.
- Valdevit A. (2019). Oltre-da-sé. Fenomenologia genetica e psicopatologia clinica del mondo dipendente. *Kaiak. A Philosophical Journey*, 6: Psicotropie, rivista online.
- Velardi A. (2017). Il "mondo della vita" in Husserl. Il rapporto tra fenomenico e originario nel radicamento intuitivo e prelogico della ontologia e della conoscenza. *Dialegesthai. Rivista telematica di filosofia*, 19. -- <https://mondodomani.org/dialegesthai>



Percorso formativo di Specializzazione nell'Area delle Dipendenze Patologiche per professionisti under 40 e neo assunti nel sistema di intervento italiano delle Dipendenze

**32 ore in 8 giornate webinar - 48 crediti formativi ECM,
dal 10 ottobre al 12 dicembre 2022**

Uno degli effetti collaterali dell'assenza di una scuola di specialità in Medicina delle Dipendenze è la necessità di "formare" i nuovi assunti utilizzando le risorse dei Servizi. Questo tipo di percorsi, ancorché inevitabili, non sono adeguati alle necessità e fanno necessariamente riferimento a quanto il collega anziano conosce e alla sua capacità di trasmettere il sapere al collega giovane.

Tutto questo avviene nel contesto di lavoro ordinario, sfruttando molto lo strumento dell'affiancamento – al di fuori di standardizzazioni dei contenuti e di spazi riservati alla formazione interna – con tempi molto ridotti in cui si riesce a trasmettere solo gli insegnamenti "fondamentali", lasciando poi alla pratica di lavoro ordinario il compito di completare l'apprendimento di quanto manca.

Il tutto – inoltre – in assenza di linee guida o buone prassi validate da Società Scientifiche di settore.

FeDerSerD, nell'ambito del piano formativo 2022, ha posto le basi per garantire non solo una formazione di altissimo livello, ma anche per strutturarla in modo da realizzare percorsi integrati tra loro, in un quadro complessivo che permetta di giungere ad una "Scuola" che, per il momento, l'Università non è in grado di fornire ai professionisti impegnati nel nostro settore.

Tale percorso formativo è specifico per i professionisti che sono o saranno inseriti come nuovi assunti nei Ser.D. del territorio nazionale e che si suppone possano avere un'età anagrafica inferiore ai 40 anni, oltre ad un livello di esperienza/conoscenza estremamente limitato nell'ambito delle Dipendenze.

La struttura della formazione prevede la partecipazione del candidato ad otto incontri della durata di 4 ore ciascuno, la modalità prevista è a distanza.

La metodologia prevede l'alternanza di lezioni teoriche frontali e discussione di casi clinici, in un crescendo che

parte proprio dalla definizione di dipendenza, passando alla declinazione di cosa è il lavoro di rete e di equipe, con un affondo sui trattamenti integrati. L'esperienza formativa mette il partecipante nelle condizioni di poter affrontare la quotidianità lavorativa con un sostegno teorico e pratico notevole, il percorso viene pensato a numero chiuso per meglio curare la formazione dei singoli e privilegiare i momenti di discussione e confronto.

Lo schema dell'evento è costituito da n. 4 ore per giornata di webinar di cui:

- prima relazione frontale (50 minuti)
- discussione con i discenti (30 minuti)
- se indicato simulazione di 1 caso clinico inerente il tema (35 minuti)

Intervallo 10 minuti

- seconda relazione frontale (50 minuti)
- discussione con i discenti (30 minuti)
- se indicato simulazione di 1 caso clinico inerente il tema (35 minuti)

Temi:

Lunedì 10 ottobre - Prima giornata:

- La neurobiologia nella clinica delle dipendenze
Stefano Canali
- Il piacere e le dipendenze
Giancarlo Pintus

Lunedì 17 ottobre - Seconda giornata:

- Aspetti culturali e antropologici delle vecchie e nuove droghe
Edoardo Polidori
- I comportamenti di addiction
Luca Rossi

Lunedì 24 ottobre - Terza giornata:

- I dati del fenomeno e analisi delle fonti
Sabrina Molinaro
- Le normative di riferimento comprese sanità penitenziaria e misure alternative alla detenzione
Felice Nava

Lunedì 7 novembre - Quarta giornata:

- L'équipe multidisciplinare: significato, funzionamento e dinamiche
Paola Fasciani - Gianna Sacchini
- La valutazione diagnostica multiprofessionale: gli strumenti, le certificazioni (tipologie e significati), il ruolo della analisi tossicologica
Vincenzo Lamartora

Lunedì 14 novembre - Quinta giornata:

- La valutazione del bisogno/risorse e il programma terapeutico-riabilitativo, sua gestione, compresa l'attività di riduzione del danno e gli interventi di sanità pubblica
Marco Riglietta
- La prevenzione, diversi target e finalità
Rachele Donini

Lunedì 28 novembre - Sesta giornata:

- I trattamenti farmacologici 1 (specifici)
Cinzia Ariano
- I trattamenti farmacologici 2 (comorbilità internistiche - infettivologiche - psichiatriche, off-label)
Daniele Pini

Lunedì 5 dicembre - Settima giornata:

- I trattamenti psicologici e psicoterapici
Francesco Sanavio - Stefano Burattini
- Gli interventi di tipo sociale, educativo e riabilitativo
Sonia Calzavara

Lunedì 12 dicembre - Ottava giornata:

- I trattamenti semiresidenziali e residenziali
Marialuisa Grech
- Accesso precoce e aggancio del sommerso verso le cure
Valutazione degli esiti dei trattamenti e degli interventi
L'utilizzo di strumenti di monitoraggio e terapia a distanza
Roberta Balestra

INFORMAZIONI

DESTINATARI - TARGET RIFERIMENTO

Il Corso si svolge ed è accreditato ECM come FAD SINCRONA (WEBINAR ONLINE) per:

- medico (tutte le specializzazioni), psicologo (psicoterapia; psicologia) infermiere, educatore professionale, assistente sanitario, farmacista, tecnico della riabilitazione psichiatrica;

- n. 8 sessioni formative di 4 ore (14.30-18.30) per un totale di n. 32 ore di formazione e sono stati assegnati n. 48 crediti formativi.

L'evento è accreditato anche per la figura professionale dell'assistente sociale secondo l'Ordine di riferimento: in attesa di crediti formativi.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E ISCRIZIONE

La partecipazione è a numero chiuso (max 100 iscritti) e rivolta a tutti i professionisti che sono nati dal 1982 e neoassunti da non più di tre anni (da data non precedente l'annualità 2019).

L'iscrizione è a pagamento e da effettuare collegandosi al sito www.federserd.it o www.expopoint.it e accedendo alla piattaforma Fad Expopoint seguendo gli step indicati sia per iscrizione che per pagamento.

Quota di iscrizione – euro 98,00 (iva inclusa)

Si ricorda ai partecipanti che il rilascio della certificazione dei crediti ECM è subordinato alla presenza all'intero Corso in diretta online – rilevata dalla piattaforma – nella misura del 90% sull'intera durata dell'evento.

Non verranno rilasciati attestati e crediti per le singole sessioni formative.

Solo al termine delle n. 8 sessioni formative sarà reso disponibile l'attestato di partecipazione e il questionario di verifica ai fini ECM per le 72 ore seguenti, da compilare obbligatoriamente con il questionario di gradimento.

Il Corso Formativo prevede il rilascio dei crediti formativi anche per la figura dell'Assistente Sociale secondo le indicazioni dell'Ordine di riferimento.

Per gli Assistenti Sociali l'obbligatorietà è solo della presenza durante la diretta e non è necessaria la compilazione del questionario.

Al termine del webinar sarà reso disponibile l'attestato di partecipazione.

REQUISITI TECNICI E SOFTWARE PC - TABLET - MAC

Browser internet di ultima generazione (per es. Chrome, Safari, Mozilla Firefox) con abilitazione cookies e Javascript

IMPORTANTE – Per la partecipazione e la fruizione senza interruzioni nel collegamento delle sessioni in diretta online è consigliata una connessione di Rete Privata, in quanto molte reti pubbliche (Ospedali/Università) per politiche di sicurezza non permettono la fruizione di contenuti multimediali (video provenienti da altre piattaforme)

* Per richieste particolari è possibile mandare una mail alla Segreteria Organizzativa all'indirizzo federserd@expopoint.it



XI Congresso Nazionale 2022 Roma, 28-29-30 settembre 2022

I 20 anni di FeDerSerD: un ponte verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio

*Evento ECM Residenziale - Centro Congressi Holiday Inn Roma
Parco Dei Medici*

PROGRAMMA PRELIMINARE*

MERCOLEDÌ 28 SETTEMBRE

Ore 13.30 Registrazione Partecipanti e Welcome coffee

Ore 14.30 Apertura Congresso Nazionale
FeDerSerD al servizio dei professionisti e dei
pazienti nei SerD in Italia
a cura dei Past-President Nazionali
Modera: *Guido Faillace*
Discutono: *Sandro Coacci, Alfio Lucchini e Pietro
Fausto D'Egidio*

Saluti delle Autorità

Sono stati invitati

Sindaco di Roma – Dr. Roberto Gualtieri
Ministro Salute – On. Roberto Speranza
*Ministro per le politiche giovanili con delega politi-
che antidroga – On. Fabiana Dadone*
Sottosegretario Salute – On. Andrea Costa
Direttore DPA – Dr. Flavio Siniscalchi
*Vice Presidente Istituto Superiore di Sanità – D.ssa
Paola Di Giulio*
Esponenti del mondo della Politica

Ore 15.30 **Lecture Magistrali**

Moderatori: *Felice A. Nava, Marco Riglietta*

- **Dipendenze: le conquiste della biologia e della
farmacologia del terzo millennio**
*Guido Mannaioni - Ordinario di Farmacologia -
Università Firenze*

- **Il malato da dipendenza: stigma e cambiamenti
socioculturali**

*Leopoldo Grosso - Sociologo e Psicologo - Pre-
sidente onorario*

Gruppo Abele - Torino

Ore 16.30 **TAVOLA ROTONDA**
**LE PRIORITÀ PER IL SISTEMA DI INTERVENTO IN
UN'OTTICA DI SANITÀ PUBBLICA PER IL RILAN-
CIO DELLA MEDICINA DEL TERRITORIO**
Presentazione: *Guido Faillace* Moderatori: *Mara
Giloni, Lilia Nuzzolo*
Conduttore: *Claudio Cerasa - Direttore de Il Foglio*

Sono stati invitati referenti

*CNCA – INTERCEAR – SITD – FEDERSERD –
FEDERSANITÀ ANCI – FIASO – ASSESSORATO
WELFARE REGIONE LOMBARDIA – REGIONE
TOSCANA*

Ore 18.30 **Chiusura Lavori**

GIOVEDÌ 29 SETTEMBRE

Ore 9.15 **“DELITTO E CASTIGO”**
**STIGMA E ACCESSO ALLE TERAPIE AGONISTE PER
OPPIACEI**

Moderatori: *Cinzia Ariano, Felice Nava*

- **Lettura Magistrale**
La crisi da Oppiacei, l'accesso alle terapie e lo
stigma nell'intervento sul Disturbo da Uso di
Oppiacei
Nora Volkow - direttrice NIDA - Stati Uniti

- I professionisti italiani e le terapie agoniste – Le evidenze di una Survey nazionale e l’impegno dei Ser.D.
Alfio Lucchini
 - Le nuove terapie agoniste, una prospettiva di maggiore accessibilità per i Servizi per le Dipendenze
Edoardo Cozzolino
 - L’esperienza italiana con le nuove formulazioni di farmaci agonisti:
Buprenorfina/Naloxone film
Marco Riglietta
Buprenorfina Impianti sottocutanei
Vincenzo Lamartora, Roberta Marenzi
- Ore 11.15 *Coffee Break*
- Ore 11.30 **“ALCOLOGIA: L’UNIONE FA LA FORZA”**
Moderatori: *Rosalba Cicalò, Marco Riglietta*
La sinergia tra società scientifiche per il rilancio del settore: Presentazione del documento SIA-FeDer-SerD-SITD
Introduzione: *Guido Faillace*
Presentazione: *Teo Vignoli*
- La polidipendenza nell’intervento alcologico
Giovanni Galimberti
 - Il valore della continuità terapeutica
Fabio Caputo
 - La Riduzione del danno in alcologia
Cinzia Brentari
- Ore 13.30 *Light Lunch*
- Ore 14.30 **“PRESTO E BENE” - STRATEGIE DI MICROERADICAZIONE DELL’HCV**
Moderatori: *Paola Trotta, Daniele Pini*
- Le patologie correlate infettivologiche nei consumatori di sostanze: cosa è cambiato negli ultimi 30 anni
Massimo Andreoni
 - La roadmap dell’eliminazione di HCV nei consumatori di sostanze: cosa abbiamo fatto, cosa dobbiamo fare per lo sviluppo della presa in carico delle patologie correlate nei Ser.D.
Felice Nava
 - Le attività di screening nei piani di eliminazione di HCV: considerazioni e strategie
Loreta Kondili
 - Perché trattare le patologie correlate nei consumatori di sostanze?
Lucia Craxi
- Ore 16.30 **CROSSING THE BRIDGE: AL DI QUA E AL DI LÀ DEI CONFINI**
Moderatori: *Giorgio Serio, Antonella Manfredi*
- Le nuove frontiere della psichiatria: gli psichedelici degli psiconauti
Fabrizio Schifano
 - Disturbi depressivi e dissociativi correlati al consumo di sostanze. Nuove dimensioni cliniche e psicopatologiche
Giovanni Martinotti
 - Schizofrenia, consumo di sostanze ed esordio precoce
Sergio De Filippis
- Il trattamento degli stati dissociativi acuti correlati al consumo delle nuove sostanze: tempi, modi e luoghi della cura
Gilberto Di Petta
- Ore 18.30 **Chiusura Lavori**
- VENERDÌ 30 SETTEMBRE**
- Ore 9.15 **LA CENTRALITÀ DELLA FORMAZIONE E DELLA RICERCA**
Moderatori: *Stefano Burattini, Francesco Sanavio*
- La Scuola di formazione “Rita Levi Montalcini”
Maria Luisa Grech
 - Presentazione del Percorso formativo di Specializzazione nell’Area delle Dipendenze Patologiche rivolto ai professionisti under 40 e ai neo assunti nel sistema di intervento italiano delle Dipendenze
Daniele Pini
 - Presentazione dell’Osservatorio OISED - Osservatorio sull’impatto socio economico delle Dipendenze (CREA /CeRCO)
Daniela d’Angela, Alfio Lucchini
- Ore 10.40 **INNOVAZIONE CLINICA E ORGANIZZATIVA AL SERVIZIO DEL TERRITORIO**
Moderatori: *Maurizio D’Orsi, Bettina Meraner*
- I modelli di integrazione e le reti cliniche: gli obiettivi e il ritorno di salute
Felice Nava
 - Il sistema della rete con il territorio: sviluppi e innovazione di un sistema in evoluzione
Roberta Balestra
 - L’evoluzione dell’attività di laboratorio: un percorso di integrazione tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali
Concettina Varango
- Ore 11.40 *Coffee Break*
- Ore 12.00 **GESTIONE CLINICA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI**
Moderatori: *Giulia Audino, Margherita Taddeo*
- Gli obiettivi dei percorsi diagnostici terapeutici nella clinica della dipendenze
Vincenza Ariano
 - L’integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica
Vincenzo Lamartora
- Ore 13.00 **SESSIONE DI CHIUSURA DEL CONGRESSO CON PROCLAMAZIONE NUOVO PRESIDENTE E CONSIGLIO DIRETTIVO FEDERSERD**
Introduce:
Concettina Varango: Segretario Nazionale
Proclamazione degli eletti: a cura del Presidente del Comitato Elettorale
- Ore 13.30 *Conclusioni XI Congresso Nazionale FeDerSerD: a cura del Presidente eletto*

* Alcuni relatori sono in via di definizione

INFO SCIENTIFICHE

CALL FOR ABSTRACT

Deadline per il ricevimento giovedì 15 settembre 2022

Gli autori avranno la possibilità di inviare gli abstract alla Segreteria Organizzativa tramite la **procedura ONLINE disponibile sul sito www.federserd.it e utilizzando l'apposito FORM ONLINE.**

Non verranno accettati abstract trasmessi via e-mail o via fax.

Le esperienze inviate e accettate verranno pubblicate nell'**AREA E-POSTER in sede di Congresso Nazionale**, che si svolgerà a Roma nei giorni 28-29-30 settembre 2022, **sul sito dell'XI Congresso Nazionale FeDerSerD congressonazionale.federserd.it.**

Verrà inoltre realizzato un numero di FeDerSerD Informa dedicato con la pubblicazione di tutti i lavori che rimarrà consultabile sul sito **www.federserd.it** e inviato come newsletter all'intero database di professionisti e operatori del settore.

La Segreteria Organizzativa confermerà la ricezione di tutti i lavori, pertanto chi non ricevesse una mail di avvenuta ricezione del proprio abstract è gentilmente pregato di mettersi in contatto con la Segreteria per verificare che i file siano stati correttamente ricevuti.

Le esperienze locali di buone prassi dovranno essere relative ai **TOPICS** dell'XI Congresso Nazionale FeDerSerD.

- **GESTIONE CLINICA DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI** •
- **ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI** •
- **GOVERNANCE E LEGISLAZIONE** • **FORMAZIONE** •
- **INNOVAZIONE CLINICA E ORGANIZZATIVA** •

Gli abstract pervenuti entro il termine previsto saranno valutati dal Comitato Scientifico del Congresso sulla base dei seguenti criteri:

- *Chiarezza dell'abstract*
- *Obiettivi esperienza territoriale/ Best practice*
- *Coerenza con topic di appartenenza*
- *Risultati ottenuti*
- *Stile e completezza della presentazione*
- *Innovazione*

Agli autori, a revisione conclusa, verrà inviata, all'indirizzo mail specificato, una comunicazione entro il 23 settembre 2022.

ISTRUZIONI per SOTTOMISSIONE ABSTRACT e COMPILAZIONE DEL MODULO ON LINE

- L'Abstract dovrà essere redatto in **lingua italiana**.
- I lavori potranno essere inviati **esclusivamente con FORM ONLINE**: non saranno accettate comunicazioni scientifiche inviate per fax o e-mail.
- Gli Abstract non strutturati non saranno accettati.
- Sottotitolo - Sintesi del lavoro presentato in **max 350 caratteri**.
- Testo Abstract - **massimo 25.000 caratteri**.
- Sono consentite le abbreviazioni standard comunemente in uso in medicina, gli altri acronimi vanno scritti per esteso alla prima apparizione nel testo.
- È possibile inserire sino a **n. 6 grafici o tabelle che devono essere caricate in formato immagine.jpg** nella sezione apposita a seguire **con didascalia**. Nel testo abstract è necessario inserire indicazione precisa uguale a quella inserita nella didascalia del grafico e/o tabella.
- Inserire come primo nome il Primo Autore del lavoro presentato.

CREDITI ECM

È previsto l'accREDITAMENTO ECM (Progetto Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute) per le figure professionali operanti nel settore delle dipendenze: medico (tutte le specializzazioni), psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario, farmacista, tecnico della riabilitazione psichiatrica.

La procedura ECM prevede il controllo elettronico di entrata ed uscita per la singola giornata.

Si ricorda ai Partecipanti che il rilascio della certificazione dei Crediti è subordinata alla partecipazione al programma formativo nella misura del 90% di frequenza sull'intera durata dell'evento ed alla verifica del questionario di apprendimento (superamento con percentuale non inferiore al 75% del totale delle domande). I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'**assistente sociale** secondo la normativa prevista dall'Ordine di riferimento.

INFO GENERALI

DATA e SEDE CONGRESSO

Mercoledì 28 - Giovedì 29 - Venerdì 30 settembre 2022

Centro Congressi Holiday Inn Rome Parco Dei Medici

Viale Castello della Magliana, 65

ISCRIZIONE CONGRESSO CON CREDITI ECM e CREDITI ASSISTENTI SOCIALI – 28-29-30 OTTOBRE 2022

Soci FeDerSerD anno 2021-2022 medico e psicologo	partecipazione gratuita con obbligo di iscrizione on line
Soci FeDerSerD anno 2021-2022 altre professioni	partecipazione gratuita con obbligo di iscrizione on line
Non soci FeDerSerD medico e psicologo	Euro 100,00 (+ iva se dovuta)
Non soci FeDerSerD altre professioni	Euro 60,00 (+ iva se dovuta)
Non Soci Under 40	Euro 50,00 (+IVA se dovuta)
Studenti	Euro 20,00 (+IVA se dovuta)

L'iscrizione al Congresso include:

- Ingresso alle sessioni congressuali
- Kit congressuale
- Attestato di partecipazione (spedito a posteriori per email)
- Attestato di assegnazione dei Crediti Formativi ECM (spedito a posteriori a seguito verifica del questionario di apprendimento e controllo accessi elettronici giornalieri di partecipazione)
- Coffee break nelle singole giornate
- Light Lunch nella giornata di Giovedì 29 settembre 2022

L'iscrizione sia gratuita che a pagamento è da effettuarsi **ONLINE** connettendosi al sito **www.expopoint.it** o **www.federserd.it** selezionando l'evento di riferimento.

Il pagamento della quota di iscrizione al Congresso per tutti e tre i giorni include il tesseramento alla Federazione per l'anno in corso e per il 2023.

Qualora la partecipazione al Convegno rientri nella formazione riconosciuta dalla propria azienda ospedaliera, Expopoint accetterà l'iscrizione al convegno di personale dipendente di ditte o enti pubblici solo con presentazione obbligatoria di autorizzazione scritta dell'Ente indicante tutti i dati fiscali che dovrà essere inviata e allegata nella compilazione del modulo online di iscrizione, per permettere l'emissione della fattura e il pagamento della stessa da parte dell'Ente autorizzante. In caso di assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di iva.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

La Segreteria Organizzativa ha stipulato per i pernottamenti una convenzione con la stessa struttura che ospita il Centro Congressi (hotel 4****) e nelle immediate vicinanze con servizio navetta. Per la prenotazione alberghiera vi invitiamo a contattare la Segreteria Organizzativa all'indirizzo federserd@expopoint.it



Regolamento per la elezione del Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD per il triennio 2022-2025 (XI Congresso Nazionale, Roma 28-30 settembre 2022)

Il Consiglio Direttivo Nazionale è composto da un massimo di 35 membri ai sensi statutari.

Si prevedono:

- eletti a livello nazionale;
- nominati a livello regionale;
- membri riconosciuti di diritto.

Eletti a livello nazionale

I candidati eleggibili a livello nazionale si aggregano in liste di soci aventi diritto nelle quali devono essere indicati:

- il presidente nazionale;
- il vice presidente nazionale;
- il segretario esecutivo nazionale;
- il direttore del comitato scientifico nazionale;
- da 4 a 7 membri dell'Ufficio di Presidenza Nazionale.

Le liste dei candidati devono essere corredate con la firma e il curriculum breve dei candidati ed inviate a: **Segreteria Nazionale FeDerSerD c/o Expopoint, Via Matteotti n. 3 - 22066 Mariano Comense (Como) con raccomandata AR o via mail PEC a segreteriaecm@pec.expopoint.it entro il giorno 23 agosto 2022.**

Le liste devono essere supportate dalla presentazione di brevi linee programmatiche.

Le liste dei candidati devono essere sottoscritte da almeno 15 soci aventi diritto al voto, residenti in almeno 10 Regioni, che non siano candidati.

Ciascun socio può firmare per la presentazione di una sola lista.

Le liste dei candidati vengono pubblicizzate, dopo la formale certificazione di regolarità da parte della commissione elettorale, almeno 30 giorni prima delle elezioni.

Vengono pubblicate le liste sul sito non appena ammesse dalla commissione elettorale.

La commissione elettorale valuterà altresì, entro il 13 settembre 2022 la lista definitiva dei soci aventi diritto al voto.

Ci si può candidare in una sola lista.

Se un socio firma per la presentazione di più liste, la firma apposta sulla lista pervenuta successivamente alla prima viene annullata.

Se ci si candida in più liste il socio viene escluso da tutte le liste.

I candidati al Consiglio Direttivo nazionale devono essere regolarmente iscritti alla data del 30 giugno se nuovi soci o entro il 10 settembre 2022 in caso di rinnovo.

Le votazioni avvengono durante il Congresso nazionale con le modalità previste dallo Statuto.

Non hanno diritto al voto:

- tutti i *nuovi soci 2022* iscritti dopo il 30 giugno 2022;
- tutti i *soci 2022* che regolarizzeranno il rinnovo dopo il 10 settembre 2022.

Tutte le schede di iscrizione (rinnovi e nuovi iscritti) degli aventi diritto al voto devono essere depositate in copia presso la segreteria nazionale entro il 10 settembre 2022.

Nominati a livello regionale

Le Federazioni regionali che alla data del 10 settembre 2022 risultino avere più di cento soci aventi diritto al voto hanno diritto a indicare fino a due componenti nel Consiglio Direttivo nazionale, le altre un componente.

È necessario avere almeno 10 soci aventi diritto al voto residenti nella Regione per il diritto ad un delegato nel Consiglio Direttivo nazionale.

Entro il 30 settembre 2022 alle ore 10 le Federazioni regionali comunicano al presidente del Comitato elettorale i nomi dei designati dagli organi regionali secondo le norme previste dal presente regolamento.

Membri riconosciuti di diritto

Sono membri riconosciuti di diritto a tutti gli effetti del Consiglio Direttivo nazionale i past president nazionali della Federazione.

Lo stesso vale per i due vicedirettori del Comitato scientifico nazionale.

Inoltre i presidenti delle federazioni regionali formalmente costituite sono membri di diritto del Consiglio Direttivo nazionale.

Nella composizione delle liste e nei nominati a livello regionale è auspicabile tenere conto della multi professionalità propria dei Servizi.

Su proposta del Consiglio Direttivo nazionale l'Assemblea nazionale ha approvato il presente regolamento il 7 giugno 2022 a Roma, con decisione unanime, ed ha nominato, sempre con decisione unanime, i componenti della commissione elettorale.

L'Assemblea Nazionale di FeDerSerD

Questo regolamento viene pubblicato sul sito www.feder-serd.it, esposto nelle sedi delle federazioni regionali e pubblicato sul numero 57 della rivista Mission.



ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Depositato presso AIFA il 06/05/2019 MP2019/005



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>



Pietro Buffa, Roberto Ranieri,
Marco Riglietta, Concettina Varango
(a cura di)

**È POSSIBILE LA SALUTE
IN CARCERE?**
**Salute mentale e Dipendenze:
la complessità della cura**
Prefazione di Letizia Moratti
Presentazione di Paola Sacchi

Editore: Cerco Edizioni

Dal punto di vista della tutela della salute individuale e pubblica, il Carcere rappresenta un nodo focale potenzialmente di grande rilevanza per il riconoscimento e il trattamento di numerose condizioni patologiche. È per altro vero che la condizione di privazione della libertà è un elemento di criticità per quanto riguarda la salute mentale nella sua accezione più ampia. All'interno del sistema carcerario i disturbi psichici e i disturbi da uso di sostanze rappresentano una percentuale ragguardevole che raggiunge quasi la metà della popolazione detenuta. Accanto agli aspetti specifici di queste patologie dobbiamo tenere in considerazione la rilevanza di molteplici patologie correlate in particolare al disturbo da uso di sostanze. Occuparsi di Salute mentale e Dipendenze in Carcere significa non solo trattare gli aspetti clinici all'interno del Carcere ma un grande sforzo organizzativo per crea-

re quelle reti fra i diversi attori del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale che permettono la prosecuzione delle cure sul territorio nel momento della liberazione. In questo sforzo l'amministrazione penitenziaria e la magistratura di sorveglianza giocano un ruolo cruciale accanto agli operatori della salute per permettere il diritto alla cura e la possibilità di un percorso riabilitativo che, iniziando, all'interno del Carcere proseguirà sul territorio. In tutti i contributi degli autori direttamente coinvolti nella gestione della Salute mentale e Dipendenze nelle Carceri Lombarde, accanto ai contributi specificamente più tecnici, si possono ritrovare quegli spunti emotivi di chi vive a contatto con le persone ristrette e private della libertà. Il volume vuole rappresentare un contributo significativo di esperienze rilevanti che possono essere di aiuto a tutti gli operatori che operano nelle Carceri e nei Servizi di Salute mentale e delle Dipendenze.

Pietro Buffa, Dirigente Generale penitenziario, specialista in Criminologia clinica, Ph.D. in Sociologia del diritto, è Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria per la Lombardia. *Roberto Ranieri*, medico, specialista in Medicina interna e Malattie infettive, responsabile della USD Sanità Penitenziaria ASST Santi Paolo e Carlo e della UO Sanità Penitenziaria della Regione Lombardia. Vice presidente SiMSPE. *Marco Riglietta*, medico, specialista in Geriatria e gerontologia, direttore della UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Vice direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD è Presidente di FeDerSerD Lombardia e coordinatore delle UOC dipendenze di Regione Lombardia. *Concettina Varango*, medico specialista in Farmacologia e tossicologia, direttore della UOC dipendenze ASST Lodi e direttore sanitario del carcere di Lodi, è segretario esecutivo nazionale e regionale Lombardia di FeDerSerD.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Guido Faillace (presidente)
- Roberta Balestra (vicepresidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Giancarlo Ardisson, Vincenza Ariano, Giulia Audino,
- Stefano Burattini, Liborio Cammarata,
- Rosalba Cicalò, Alessandro Coacci (p.president),
- Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio (p.president),
- Francesco De Matteis, Donato Donnoli,
- Maurizio D'Orsi, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,
- Vincenzo Lamartora, Alfio Lucchini (p.president),
- Antonella Manfredi, Nicola Marrollo,
- Bettina Meraner, Felice Nava, Giorgio Pannelli,
- Daniele Pini, Marco Riglietta, Francesco Sanavio,
- Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
- Elisabetta Villa

Comitato Scientifico Nazionale

- Felice Nava (direttore)
- Marco Riglietta e Giulia Audino (vicedirettori)
- Marianna Balestrieri, Antonella Bianco,
- Piera Calamia, Edoardo Cozzolino, Vincenzo Caretti,
- Matteo Giordano, Fernanda Magnelli, Lidia Ribilotta,
- Giovanni Pistone

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 2022 - 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

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2022
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2022
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze
- _____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)
 Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____