

Editoriale
Cento giorni del nuovo Governo del Paese.
Una agenda per le politiche sulle Dipendenze 1

SCIENZA E SOCIETÀ

Stigma: solo i pazienti ne sono colpiti?
Maurizio Fea 7

Lo stigma delle persone con disturbo d'uso
di sostanze
Leopoldo Grosso 10

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Stato dell'arte della collaborazione
tra Dipartimento delle Dipendenze, Medici
di Medicina Generale e Farmacia Unica Aziendale
nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliana-Isontina: inferenze da un'analisi
del primo quadrimestre del 2022
*Monica Baiano, Marco Cristiani, Stefano Visintini,
Ivan Karabentchev, Cristina Stanic, Roberta Balestra* 17

Inserimento di paziente con Disturbo da Gioco
d'Azzardo in Servizio sperimentale residenziale,
in misura alternativa alla pena: percorsi clinici
tra revisione della normativa e istruzioni operative
*Elisabetta Bussi Roncalini, Barbara Moffa,
Simona Caravello, Consuelo Busetti, Barbara Salvatore,
Marco Riglietta* 22

Pensare la cura: modello di intervento nella presa
in carico psicoterapeutica di pazienti con patologie
di addiction. Un trattamento combinato con EMDR
e Mindfulness
Marzia Rovetta 33

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Dipendenze, empowerment, lavoro: attivazione
di un'esperienza di laboratorio ispirata
alla metodologia dell'Individual Placement
and Support presso un Servizio delle Dipendenze
*Andrea Monculli, Maria Luisa Valenta, Cristina Falcomer,
Giovanna Ferreghini* 36

Esplorare l'efficacia dell'Arte contemporanea
per prevenire il *burnout* e promuovere il benessere
degli operatori socio sanitari
*Gaetana Nuccia Cammarà, Elisa Fulco,
Maurizio Montalbano, Francesca Picone, Giorgio Serio* 40

Disturbo da uso di sostanze e disturbi
post-traumatici e dissociativi
*Stefano Burattini, Alessandra Catania, Valeria Fusco,
Livia Rota, Sandra Basti* 43

È possibile la salute in carcere? Il disturbo da uso
di sostanze e la comorbidità psichiatrica,
la complessità della cura
Giovanni Luca Galimberti 47

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Esistevano i batteri prima che Pasteur li scoprisse?
Maurizio Fea 5

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

Poetry Corner
Enzo Lamartora 4

FeDerSerD/FORMAZIONE

XII Congresso nazionale, Bergamo,
25-26-27 ottobre 2023 39

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Comitato scientifico, etico e di garanzia
di FeDerSerD 2

Lettera agli iscritti 2023 56

RECENSIONI 16

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

Cento giorni del nuovo Governo del Paese.

Una agenda per le politiche sulle Dipendenze

Il Governo Meloni si è insediato da cento giorni. Dopo un chiaro esito elettorale si stanno definendo le priorità per l'esecutivo e l'impegno nei vari settori di Governo.

Prima del periodo natalizio vi è stata una prima convocazione anche delle società scientifiche che ha predefinito un interessamento del Governo ad affrontare in tavoli specifici le note questioni in gioco.

In primis la valutazione degli esiti delle conferenze nazionali dipendenze e alcol, il varo del Piano di Azione Dipendenze, l'aggiornamento di questioni legislative a partire dalla revisione del TU 309/90, il varo dei decreti collegati con la riforma della sanità territoriale a partire dai livelli operativi e dalle dotazioni organiche dei Servizi.

Temi spesso affrontati da FeDerSerD, che li ha inquadrati negli obiettivi fondamentali per il 2023, e in articoli su questa rivista.

In queste settimane si sono fatti passi avanti per l'obiettivo della decretazione in merito al metodo per la determinazione del fabbisogno di personale per il SSN. Dopo il proficuo lavoro con Agenas, a cui FeDerSerD ha partecipato con impegno e riconoscimento, si è passati alla approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-Regioni dello schema di decreto proposto dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Economia e delle Finanze.

Viene recepito nel testo il documento del "Gruppo di lavoro Salute mentale per gli standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere".

Vengono definiti i quattro livelli assistenziali e in particolare per le Dipendenze: livello di prevenzione, consultazione e di assistenza primaria; livello

- "Sodio oxibato per il mantenimento della astinenza in pazienti alcol dipendenti: un trial internazionale, multicentrico, randomizzato, doppio cieco, controllato con placebo", di Julien Guiraud *et al.*, Commento a cura di *Alfio Lucchini*
- Un programma intensivo e breve rivolto alle donne con disturbo da uso di alcol (DUA): un'esperienza di integrazione residenziale-ambulatoriale e pubblico-privato sociale a Firenze
Laura Calviani, Marianna Galaverni, Luca Maggiorelli, Ilaria Magini, Benedetta Moschitta, Bianca Pananti, Stecchini Donatella, Maria Grazia Torrenti, Iozzi Adriana

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IX, n. 35

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. 59

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

Editorial Board

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

Editorial Office

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

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 15/01/2023

ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



di presa in carico delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenza comportamentale; livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero (compresa la previsione di posti letto), nelle strutture residenziali o semiresidenziali, negli istituti di pena; livello delle reti specialistiche di area vasta regionali o interregionali.

Sono proposte tabelle e note specifiche che partendo dal DM 444/90 tutt'ora vigente tengono conto della evoluzione dei fenomeni di consumo e dipendenza e della organizzazione dei Servizi.

Quindi come base si parte dal disporre di 21 operatori ogni 100.000 abitanti (tra i 15 e i 64 anni) e poi da professionisti per le équipes multiprofessionali in carcere, operatori per attività e servizi outdoor per la grave marginalità e i luoghi del divertimento notturno, attività e servizi per under 25, nonché previsioni di personale anche per particolari situazioni territoriali e sociali, compresa una intensità spiccata di utenti.

Riteniamo importante questo atto, che porterebbe ad un incremento sostanziale dei professionisti e ad una valorizzazione di nuove figure professionali nei Ser.D.

Attendiamo che il Governo concluda l'iter di sua competenza e che le Regioni tengano fede a quanto hanno sottoscritto.

Per la prima volta da decenni le Dipendenze sono trattate in modo specifico e attento in un atto programmatico.

Per FeDerSerD, che sa benissimo che i problemi del settore continuano ad essere acuti, dalla difficoltà a reperire personale alla colpevole assenza di una formazione universitaria e post universitaria specifica, prosegue l'impegno a fianco del sistema di intervento per difendere la salute dei cittadini, ragione fondativa della sua esistenza.

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Prosegue la costituzione degli organismi dirigenti della Federazione dopo l'XI congresso nazionale di Roma. Dopo la elezione e le nomine per le varie componenti del Consiglio direttivo nazionale, presentate nel numero 58 di Mission, si è proceduto a rinnovare gli altri organismi statuari per il triennio 22-25.

Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD 2022-2025

- | | |
|------------------------------|--|
| 01. Felice Nava | direttore, medico, Veneto |
| 02. Vincenzo Lamartora | vice direttore, medico, Campania |
| 03. Marco Riglietta | vice direttore, medico, Lombardia |
| 04. Fabio Gilardenghi | esperto nei processi di qualità, Piemonte |
| 05. Antonella Bianco | assistente sociale, Sicilia |
| 06. Piera Calamia | infermiera, Sicilia |
| 07. Stefano Canali | filosofo, cattedratico, Friuli Venezia Giulia |
| 08. Vincenzo Caretti | psicologo, cattedratico, Lazio |
| 09. Paola Milia | medico, Sardegna |
| 10. Lidia Ribillotta | educatore prof., Sicilia |
| 11. Marianna Balestrieri | farmacista, Campania |
| 12. Matteo Giordano | medico, Puglia |
| 13. Giovanni Pistone | medico, Piemonte, esperto tematica tabagismo |
| 14. Gilberto Di Petta | medico, Campania, esperto tematica innovazione e sviluppo dipendenze - psichiatria |
| 15. Renato Durello | medico, Lombardia, esperto integrazione dei sistemi socio-sanitari |
| 16. Maria Antonietta Amoroso | psicologa, Basilicata, esperta integrazione con enti professionali |
| 17. Maurizio Fea | medico, Lombardia, esperto GAP e terapie a distanza |

Il nuovo **Comitato etico nazionale** di FeDerSerD è composto da *Giancarlo Ardisson* (Liguria), *Sandra Basti* (Lombardia) e *Antonietta Grandinetti* (Campania).

Il nuovo **Collegio di garanzia nazionale** di FeDerSerD è composto da *Elena Mason* (Lombardia), *Vincenzo Trapani* (Sicilia), *Maria Rita Quaranta* (Puglia).

Infine *Donato Donnoli*, medico, responsabile del SerD di Villa d'Agri (Potenza) e *Roberto Carozzino*, medico, direttore del Servizio Dipendenze di Savona, diventano componenti del **Consiglio direttivo nazionale** di FeDerSerD rispettivamente per le Regioni Basilicata e Liguria.



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>

Poetry Corner

Enzo Lamartora

È SOLO UNA QUESTIONE DI ORE
Dice il tuo occhio compagna
Attento alla guida
Dice la tua mano Ritorna...
E se mi cerchi mi trovi
Sotto il melo mani sugli occhi fintanto
Che non chiami il mio nome

Ti concedo queste pause volentieri
Dovunque io viaggi viaggio sempre
A casa da te... Tu ami il vecchio l'antico
Gli antenati le nozze d'argento d'oro
Le elegie di Marienbad i pranzi
Su ben apparecchiate tavole... cerimoniale
Vuoto di senso ma ti dà sicurezza

Nell'intimo: un lieve correttivo scetticismo
Lo schermo dietro il quale occultamente
Prendi fiato L'unica strategia forse per te
Di sopportarmi indenne...

"DI QUA NON PASSA MAI NESSUNO... E SE
La campanella sulla porta è rotta da sempre

Nemmeno il tempo mi disturba
Con i suoi continui mutamenti Disaccordi Già

Ma non sono importanti No
Non potrei dire che mi manchi

Non ho qui nessun senso per le assenze
Non faccio per questo tante storie Mi basta

Il contatto di occhi orecchie naso meni piedi
Con la "persona" della casa: i muri che respirano

I pavimenti di legno scricchiolanti gli odorosi
Di cera d'api cassettoni l'armadio tutt'intorno

Di papaveri pinto e dentro
Niente i bicchieri pazienti i piatti sulle mensole

Il fuoco di giornali umidi e ciocchi
Di faggio il calore che così profuma...

Nel prato in cortile cresce alta l'erba
Però il fienile è vuoto Qualcuno

Sotto il tetto in solaio ha sparso paglia
C'è acqua nella cantina di mattoni ma

Neanche un ruscello tutt'intorno Musica? Il silenzio
Qui è suono di vento e latrati lontani

È il tic tac delle ore ronzio di mosche schianti
Di ceppi spaccati gorgogliare e sibilare

D'acqua nella caldaia di cucina il passo felpato
Cautamente sulle assi fradicie...

Ogni sera apparecchio la tavola per colazione:
Una tazza un cucchiaino un piatto un coltello..."

Da **Hans Raimund - Stanze di un matrimonio** a cura di Augusto Debove, Mobydick, Faenza, 1997.

Mission 59, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis59-2022oa15238

Contaminazioni

Maurizio Fea

Esistevano i batteri prima che Pasteur li scoprisse?¹

Questa domanda insieme a molte altre intriganti l'ha posta Bruno Latour recentemente scomparso. Studioso, sociologo, semiologo, filosofo, analista dei nessi tanto micidiali quanto furbetti fra scienza e politica nella nostra cosiddetta modernità.

Studiando le storie accadute nei laboratori di ricerca e nei dibattiti scientifici autorevoli degli ultimi secoli, Latour indaga il lavoro di Pasteur.

Egli veniva da un dibattito con il più grande chimico dell'epoca, Justus Liebig, il quale, ritenendo che le trasformazioni della materia, anche organica, avessero cause chimiche, e accusava Pasteur di essere un vitalista; gli analetti che proliferavano nel vino o nella birra, non erano la causa delle fermentazioni, ma al più le conseguenze o i catalizzatori.

Per Pasteur il microbo è una "cosa" capace di produrre le fermentazioni, contro l'idea di Liebig, e al contempo capace di non apparire nelle colture ben ripulite, per smentire Pouchet, direttore del Museo di Storia naturale di Rouen che sosteneva la generazione spontanea dei microorganismi da altre specie.

Il microbo, dice Latour, si definisce come ogni altro attore, per quello che fa, per quello che fa fare; è la forma provvisoria di reti in cui sono in gioco altri attori, umani e non-umani.

Il micro-organismo è un attore in via di definizione questa è la risposta di Latour alla domanda iniziale che conduce ad asserire che l'oggettività è un'istituzione che scaturisce dalla catena di mediazioni necessaria a produrla.

La scienza non scopre il mondo, lo costruisce: i suoi oggetti non sono dei "fatti" ma dei "fattizi"², come suggerisce Latour a ricordarci quanto di costruito, di artefatto si conserva in quel che lo scienziato produce.

Da queste osservazioni alcuni anni fa ho tratto spunto per argomentare sulle dipendenze comportamentali, ponendo analoga domanda "esistevano le dipendenze comportamentali prima che qualcuno – nella fattispecie Isaac Marks³ nel 1990 – le denominasse".

E in questo esistere vanno collocate le ormai interminabili classificazioni diagnostiche, le varie tipologie e sottotipologie che via via i ricercatori individuano, osservando i comportamenti umani. *Fatticci* chiama Latour questi processi della scienza, ovvero ibridi, di un essere insieme umano e non umano, spirituale e materiale, insieme evento e idolo, dato e mito.

Ho scritto diffusamente su questo argomento nel libro *Spegni quel cellulare*. Carocci 2019 e ad esso rimando per gli approfondimenti sulle dipendenze comportamentali.

Qui voglio ricordare e parlare dei contributi di Bruno Latour in materia di scienza a cui sarebbe a mio avviso molto utile fare riferimento per non infilarci come ciechi che sperano di trovare luce e conforto nella illusione di una scienza razionalista, funzionalista e sperimentale, troppo attenta a separare fatti e valori, oggettività data e soggettività collettive.

Le argomentazioni di Latour mi paiono assai convincenti in riferimento alle scienze sperimentali, a ciò che avviene nei laboratori e negli apparati di RnM per fare esempi a tutti noti, perciò a maggior ragione dovrebbero valere quando si parla di comportamenti umani osservati, misurati, definiti da altri umani con l'aiuto talora di qualche tecnologia.

Il display di un computer che ci rimanda l'immagine di un cervello variamente colorato non è la rappresentazione mimetica delle zone cerebrali in attività ma una sua approssimazione statistica: una volta costruita quell'immagine, si è portati a pensare che si tratti proprio del cervello tale e quale e pertanto diventa logico e possibile ipotizzare che i comportamenti siano frutto ed espressione di quelle attività neuronali e ne caratterizzino il manifestarsi.

Questo è il segreto della scienza: la capacità di sfruttare sistemi che "rappresentano" gli elementi del mondo, così da poterli conservare e manipolare, per agire a distanza su di essi.

L'odierna tecnoscienza non ha fatto che accrescere la capacità di lavorare con immagini e riproduzioni; le teorie sono mappe, rappresentazioni che rendono conto in via provvisoria dei fenomeni.

Gli scienziati tendono a presentare ex post il proprio lavoro come un percorso lineare di scoperta della natura, secondo l'immagine convenzionale trasmessa dai manuali, dove i saperi si presentano "pronti per l'uso", "scatole nere" che possono venire utilizzate senza che se ne conoscano storia o contenuto⁴.

Non è una critica alla scienza e alle sue verità che si impongono da sé in base alla autorità del metodo e in virtù delle "sensate esperienze" e delle "matematiche dimostrazioni" della diade galileiana, ma un forte richiamo a considerare i robusti legami e intrecci tra le capacità della scienza e le sue competenze nel momento del suo farsi, nei laboratori di ricerca e nei numerosissimi passaggi di traduzione necessari per trasformare un evento sperimentale nel tassello di una conoscenza acquisita.

Noi siamo per l'appunto il tassello finale di questa conoscenza che viene prima assunta e poi applicata nelle pratiche cliniche di diagnosi e cura.

Se apriamo le scatole nere però non vediamo il mondo ma solo le rappresentazioni, molto utili il più delle volte, che la scienza ce ne dà.

Il mondo è quello che sta dentro e intorno a noi di cui questi fatticci sono una parte, rilevante ma parziale e temporanea.

Di questo è necessario essere consci per maneggiare al meglio le conoscenze e non finire intrappolati inconsapevolmente nel processo diabolico che ci fa colludere con la catena di eventi, interessi, fatticci, che nel nostro caso sono nuove categorie diagnostiche, ipotesi eziologiche, terapie, tutti oggetti che vengono formati anche in maniera controversa, attraverso le reti eterogenee che li costituiscono, laboratori, gruppi di ricerca, relazioni con forze politico economiche, interessi professionali e accademici, ai quali non è possibile sottrarsi come spiega Latour, ma che è bene conoscere e padroneggiare.

Note

1. Latour B. (1984). *I microbi: guerra e pace*. Editori Riuniti, 1991.
2. Latour B. (1996). *Il culto moderno dei fatticci*. Meltemi.
3. Marks I. (1990). Behavioural (non chemical). *Addiction*, B.J.A.
4. Porro M. (2022). *La guerra dei microbi*. Doppiozero, luglio.

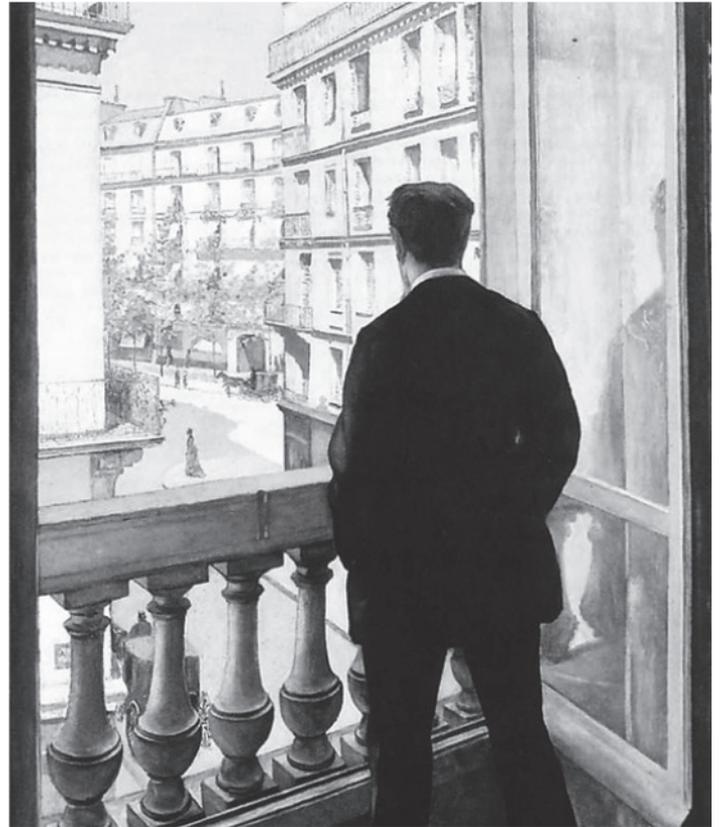
La Finestra

Luca di Sanseverino (in memoria)

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 (III)

Il proprio corpo svestito. Il proprio organo sessuale e gli atti erotici rappresentano per molti bambini e ragazzi oggetti di disagio e imbarazzo.

Molti giovani (e non solo) accettano il proprio corpo e la propria attività e identità sessuale molto più tardi del dovuto. Capita anche che questa confidenza ormai raggiunta si incrina: che una persona ormai sessualmente matura ritorni a rifiutare la realtà sessuale. Da sposato ebbi un'amicizia, molto intima, ma apparentemente non erotica, con un allievo universitario. Almeno una volta alla settimana andavamo a passeggiare nei boschi. Lui talvolta mi cingeva la spalla con un braccio. Ero contento di questa cosa, ma non lo confessavo neanche a me stesso.

"Baciarmi sulle labbra", un giorno mi disse all'improvviso. Sorpreso da questa richiesta a bruciapelo, ma in fondo prevedibile, tergiversai, cercando di rinviare l'atto con contorti ragionamenti. Il ragazzo reagì bruscamente, al punto da troncarmi definitivamente la nostra amicizia.

La cosa strana da un punto di vista sessuale è, che mentre la mia vita erotica con mia moglie si

svolgeva serenamente durante il periodo dell'amicizia con il ragazzo, divenne sempre più blanda e problematica quando il rapporto si interruppe. Non solo. Io cominciai a provare indifferenza e poi addirittura disgusto per il corpo femminile. Persino per gli odori dell'organo sessuale. E questa ripulsa non si rivolgeva solo a mia moglie, ma a tutto il genere femminile. Cominciai a trovare disgustoso il fatto che una donna potesse godere per un atto esteticamente volgare, e a suo modo violento, come la penetrazione da parte di un corpo estraneo e non riuscii, per un periodo piuttosto lungo, ad avere erezioni e provare piacere fisico.

Questa vicenda che io ho trattato solo da un punto di vista umano, potrebbe essere stata influenzata e rafforzata da psicofarmaci assunti durante tutto l'arco della vicenda.

Le coincidenze temporali, però, delle mutazioni della funzionalità del mio organo sessuale con specifici episodi dello sviluppo della mia vita erotica, mi porterebbe a pensare che non basta la biochimica a spiegare il sesso e che una piccola funzione la svolga quell'entità che un tempo chiamavamo anima.

Stigma: solo i pazienti ne sono colpiti?

Maurizio Fea*

La parola stigma, di origine greca è utilizzata in diversi ambiti, dalla botanica alla musica, significa *marchio, impronta, segno distintivo*¹.

Con questo termine, nelle scienze umane, si intende *la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del soggetto che presenta caratteristiche ritenute diverse da quelle della maggioranza dei soggetti*².

Da sempre gli abusatori di sostanze psicotrope sono oggetto di stigma le cui fondazioni variano nel tempo, ma sempre nell'ordine della diversità: caratteriale, morale, economica, sociale.

Domandarsi se solo i pazienti ne sono colpiti è legittimo quando osserviamo ciò che accade in quelle modalità che il comune sentire riconosce come avente ruolo nelle dinamiche della tossicodipendenza: familiari, care giver, sanitari, spacciatori, uomini d'ordine.

Dal punto di vista di chi si prende cura si può dire che siamo vittime di pregiudizi e se sì di quale o quali pregiudizi?

Lo stigma che colpisce i pazienti riverbera in qualche modo anche su chi ne ha cura?

Cercherò di mostrare e giustificare l'affermazione che lo stigma, se ci riguarda, non è un riflesso di quello dei pazienti ma è connesso alle caratteristiche, ai limiti della nostra disciplina e a come abbiamo interpretato questi limiti.

Siamo soggetti che presentano caratteristiche ritenute diverse da quelle della maggioranza dei soggetti che operano nel campo della sanità?

Non tutti coloro che si occupano di tossicodipendenti sono oggetto di stigma.

Introduco qui la categoria dei "chierici", grossolana ed impropria, per indicare tutti coloro che hanno a che fare con i soggetti tossicomani e non operano direttamente nel servizio sanitario.

È del tutto evidente che la categoria dei "chierici" non solo non è colpita da stigma, piuttosto viene lodata e ammirata e spesso acquisisce posizioni di potere sapienziale anche in contesti che non lo prevedrebbero.

Dunque lo stigma dei pazienti non ricade su questi soggetti bensì li esalta agli occhi della opinione pubblica.

Qual è la differenza che crea questa differenza?

Ci sono almeno due fattori che fanno la differenza: la *forza delle cornici etiche* entro le quali si inquadra la maggior parte delle azioni e attività svolte dal mondo dei preti/laici e la *categoria della salvezza/guarigione* che ne definisce le finalità.

Entrambi questi elementi si intrecciano e confondono con quella congerie di idee ed impressioni diffuse che a loro volta alimentano il pregiudizio sui soggetti dipendenti.

Salvare e guarire diventano attività taumaturgiche soprattutto quando non è affatto chiara la natura della "malattia", e dunque il taumaturgo si muove oltre l'orizzonte di ciò che è comprensibile e spiegabile, non è contaminato dalla malattia, dal malato,

* *Psichiatria, formatore, Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD, Pavia.*

dal pregiudizio, il potere di guarire gli appartiene e si mostra nei fatti, forse non è di natura divina come al tempo dei Re taumaturghi, tuttavia è un potere salvifico molto apprezzato.

Che cosa è che sembra rendere forti le altrui cornici etiche nel confronto con quelle, che paiono labili e inconsistenti, entro le quali si iscrive e colloca l'azione di cura del servizio sanitario?

Negli anni '80 del secolo scorso la differenza era rappresentata dalla passione gratuita e dall'afflato caritatevole della relazione con l'altro che soffre, sbaglia e va redento, contrapposta al lavoro prezzolato di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali che non sembravano mostrare la stessa passione verso le persone tossicodipendenti.

Vera o presunta che fosse tale differenza è progressivamente venuta a meno per via di due processi: la professionalizzazione progressiva del mondo dei chierici e il sostegno economico fornito dallo stato a queste iniziative, che tuttavia non ha affatto eroso il credito morale e pratico di cui godono generalmente i chierici.

Dunque ci deve essere dell'altro.

C'è infatti un'altra ragione decisiva, frutto della progressiva medicalizzazione della dipendenza che ha parzialmente scalzato il pregiudizio morale sulla debolezza caratteriale e la conseguente necessità di correttivi pedagogici per riportare la supposta devianza entro l'alveo delle buone relazioni intra e interpersonali corrotte dall'uso sconsiderato di droghe.

Si tratta di un passaggio culturale rilevante sintetizzabile in *dopamina versus debolezza morale*, che ha avuto come effetto collaterale l'erosione dei riferimenti etici necessari che danno senso ai processi interpretativi dell'addiction e alla formulazione di giudizi valoriali, messi da parte o inibiti perché ritenuti impropri. In sostanza è stato buttato il bambino insieme all'acqua sporca.

Le conoscenze scientifiche hanno espulso dai criteri interpretativi le dimensioni assiologiche ed etiche, sostituendo la malattia alla debolezza morale.

La scoperta del reward system e della complessa rete di interazioni neuronali che mediano le decisioni nei comportamenti di addiction, ha inoltre favorito oltre ad un approccio farmacologico più adeguato, anche lo sviluppo di un atteggiamento tendenzialmente indulgente verso i consumatori di droghe da parte sia del mondo sanitario che da parte dei chierici.

Dico indulgente e non comprensivo perché la comprensione effettiva è rimasta sullo sfondo, impoverita dalla scarsità di riferimenti valoriali che potessero guidare la sostituzione del giudizio negativo sull'uso di droghe non semplicemente con il riconoscimento della sua legittimità, giustificando quindi la necessità di presidi protettivi di tale legittimità.

Si è diluito molto il principio di responsabilità individuale rispetto alle conseguenze delle proprie azioni, anche quelle del drogarsi che proprio perché diventano legittime non esonerano dalla responsabilità che ne consegue.

Il paradigma della malattia ha esentato i pazienti e a volte i terapeuti dal considerare il valore della responsabilità come ingrediente sia della relazione terapeutica che delle relazioni con il mondo tout court.

Il paradigma della malattia, prima come malattia metabolica (Dole, Nyswander)³ a cui si è associata la valenza di autocura (Khantzian)⁴ e poi come malattia cronica recidivante con compromissione della volontà, ha stentato ad affermarsi, tuttavia ha preso piede progressivamente fino ad apparire convincente anche a coloro che ne temevano le derive demotivanti o le conseguenze sul piano delle cure.

Di questa evoluzione dei paradigmi rimangono tracce nella difficile coesistenza tra terapie agoniste e terapie con antagonisti, traduzione clinica del conflitto tra queste due idee di malattia.

Ma la conseguenza per entrambe è chiara: *se sono malati allora curateli e guariteli!*

Hic Rhodus hic salta, infatti i successi terapeutici sono e continuano ad essere inferiori alle aspettative di chi, come gli stessi soggetti affetti, i loro familiari, i comuni cittadini, i policy makers, apprezzerrebbero molto risposte esaustive e risoluzione dei problemi che invece di ridursi aumentano, si differenziano, assumono forme diverse, si contaminano.

Quindi rimangono buone le ragioni di coloro che propongono forme pedagogiche di correzione e le ragioni dei cittadini che chiedono regole di contenimento, illudendosi che fino a che sono contenuti non fanno danni.

Un punto di vista interessante per approfondire il tema dello stigma è la nostra identità curante, nucleo fondamentale di tutte le professioni di cura.

Sono molte le malattie per le quali ancora non si è trovata una cura efficace e ancora più sono le malattie per le quali le cure ci sono ma non sono risolutive, non conducono alla guarigione; tuttavia i professionisti che lavorano in questi campi non patiscono stigmi, non vengono accusati di inefficienza, bensì sono sostenuti, incoraggiati, finanziati e godono di un prestigio che nel nostro ambito è piuttosto carente.

Questo è un punto dolente per noi, qui si cela una buona quota di ciò che viene vissuto, a ragione ritengo, come un pregiudizio da parte della opinione non solo dei profani ma anche, e questo è particolarmente disturbante, degli esperti di quelle discipline sanitarie che in un modo o nell'altro si interfacciano con il nostro lavoro.

Più in generale il mondo professionale che ha a che fare con la dipendenza viene considerato di serie B, con quale fondamento? Credo che ci siamo messi in trappola da soli o quanto meno non siamo stati abbastanza accorti da evitarla, pur avendo a disposizione un illustre precedente rappresentato dalla malattia mentale e dalla psichiatria.

Il richiamo alla malattia mentale, per nulla estranea al comportamento tossicomane, mi aiuta ad introdurre un richiamo culturale importante ma poco considerato nel nostro mondo professionale: *Michel Foucault*.

L'intera riflessione di Foucault⁵ è attraversata dal rifiuto dell'idea di natura umana intesa come norma e dalla teoria che definisce la "costituzione dei soggetti" come processo politico per cui l'osservazione e la classificazione di vari tipi di comportamento fornisce gli strumenti concettuali per concepire – pensare ai – soggetti in modi nuovi, creando un linguaggio con cui descriverli e discuterli, rendendoli così sempre più visibili all'indagine sociale e anche sempre più "reali".

Nel nostro caso la costituzione del soggetto tossicomane è avvenuta per gradi e approfondimenti progressivi: dapprima riconoscere per qualche segno tipico, poi classificare, definire, tipizzare, dotarsi di concetti e apparati per inquadrare questi soggetti che irrompono sulla scena socio politica e vanno indagati e controllati.

Foucault scrive: "assumere come filo conduttore di tutte queste analisi la questione dei 'rapporti' tra soggetto e verità implica alcune scelte di metodo. Innanzitutto, uno scetticismo sistematico nei confronti di tutti gli universali antropologici. Il che non significa un rifiuto immediato, generale e definitivo, ma che non bisogna ammettere nulla di quest'ordine che non sia rigorosamente indispensabile; tutto quello che ci viene proposto nel nostro sapere come universalmente valido, per quanto riguarda la natura umana o le categorie che possono essere applicate al soggetto, necessita di essere verificato e analizzato: rifiutare l'universale della 'follia', della 'delinquenza' o della 'sessualità' non vuol dire che quello a cui si riferiscono queste nozioni non sia nulla o che esse non siano altro che chimere inventate per il bisogno di una causa discutibile; si tratta, tuttavia, di qualcosa di più della semplice constatazione che il loro contenuto varia con il tempo e le circostanze; significa interrogarsi sulle condizioni che permettono, in base alle regole del dire il vero o il falso, di riconoscere un soggetto come malato mentale o di fare in modo che un soggetto riconosca la parte più essenziale di sé nella modalità del suo desiderio sessuale. La prima regola di metodo per questo genere di lavoro è perciò questa: aggirare il più possibile gli universali antropologici (ovviamente anche quelli di un umanesimo che fa valere i diritti, i privilegi e la natura di un essere umano come verità immediata e atemporale del soggetto), per interrogarli nella loro costituzione storica" (*Il coraggio della verità*, Feltrinelli Universale Economica, 1984, pp. 250-252).

Secondo Foucault mentre la medicina ottocentesca andava organizzandosi in senso scientifico – fondandosi sull'osservazione e sull'individuazione delle cause organiche della patologia –, la psichiatria sarebbe invece rimasta a lungo legata all'impostazione ippocratica della medicina, che non poneva il problema della verità della malattia (nel senso della sua causa) ma della sua realtà⁶. Ma se la verità era così poco richiesta nella pratica psichiatrica, l'insistenza con cui la psichiatria ha cercato di accreditarsi come scienza, con cui lo psichiatra ha preteso di qualificarsi come medico si spiega per Foucault alla luce del *supporto d'autorità che il sapere conferisce al potere*. Analogamente per le dipendenze lo sforzo di accreditarsi come soggetti di una scienza, che negli anni '80 era alle prime armi è stato difficoltoso per la mancanza allora di un vero supporto di autorità che solo recentemente sembra aver trovato un punto di vista scientifico.

Nell'ambito delle addiction l'eziologia, la diagnosi e la terapia coerente con questi presupposti, sono di relativa recente acquisizione e tutt'ora non del tutto soddisfacente, prova ne sono i continui adattamenti dei criteri diagnostici, le continue inclusioni nella categoria "dipendenze" di nuovi comportamenti correlati agli sviluppi delle tecnologie computazionali (social, gambling, web) entro le cornici epistemiche della malattia.

Così pure l'efficacia relativa dei presidi terapeutici e la tendenza a collocare nell'ordine della cronicità tutto ciò che mostra di non voler essere ricondotto alla normalità.

Normalità costantemente minacciata e resa sempre più impalpabile dalla continua erosione di senso esercitata dai potenti strumenti di cui dispone una cultura tecnologizzata al servizio del profitto.

La psichiatria ha attraversato negli anni '70/'80 del secolo scorso una crisi tremenda che ha minato alle basi il rapporto tra sapere e potere della istituzione psichiatrica, ma la scienza è intervenuta a sostegno di questo binomio fornendo argomenti talora validi seppure transitoriamente, al sapere psichiatrico (neuroscienze e psicofarmacologia, terapie radicali non invasi-

ve, ipotesi eziologiche di natura genetica, osservazioni caute e provvisorie sulle influenze epigenetiche nella formazione e sviluppo delle forme alterate o morbose di molti comportamenti). Il mondo delle dipendenze ancora non ha dovuto affrontare una simile crisi, pur essendo stretto tra il sempre più ampio ed eterogeneo accumularsi di manifestazioni e attitudini comportamentali che vengono ascritte all'ambito della malattia e la capacità effettiva di definire la accettabilità di comportamenti normalmente diffusi che potrebbero anche compromettere la salute delle persone.

Foucault distingue tra *relazioni di potere* e *relazioni di dominio* e definisce "relazioni di potere" come relazioni all'interno delle quali si cerca di dirigere la condotta dell'altro.

Si tratta di rapporti mobili, che possono modificarsi e che non sono dati una volta per tutte, di giochi strategici aperti tra le libertà.

Gli "stati di dominio", invece, si creano quando un individuo o un gruppo sociale riescono a bloccare delle relazioni di potere, a renderle immobili, irreversibili.

Ciò che conta, dice Foucault, è riuscire a darsi delle regole di diritto, delle tecniche di gestione e un *ethos*, capaci di evitare che i giochi di potere si fissino in stati di dominio.

Sono anni che ci si dibatte alla ricerca di risposte soddisfacenti relative al rapporto tra potere e dominio; pensiamo alle leggi nazionali che hanno cercato di disciplinare le relazioni di potere all'interno del sistema di cura definendone le funzioni in rapporto a ciò che politicamente viene ritenuto accettabile o meno, alle norme gestionali dei servizi definite dalle varie regioni, ai criteri diagnostici sia di fonte DSM che ICDC, al modo con cui si sono sviluppate le capacità relazionali di sistema oltretutto individuali.

Secondo Foucault il potere è inteso come rapporto, sempre reversibile, in cui si cerca di "governare", ossia di "strutturare il campo di azione possibile degli altri", di guidare la loro condotta.

A differenza degli stati di dominio, le relazioni di potere presuppongono sempre la libertà di coloro che vi sono coinvolti, la loro capacità di resistenza; là dove uno dei termini della relazione subisce una violenza illimitata da parte dell'altro, ed è quindi a sua totale disposizione, non vi è più potere.

Dunque per tornare allo specifico dello stigma che ci riguarderebbe da vicino e tirare le fila di tutto il ragionamento, credo di poter dire e spero anche di condividere, che nello sforzo di accreditarci come soggetti di sapere scientifico non taumaturgico abbiamo concorso al processo di costituzione del soggetto tossicodipendente, in passato fidandoci del potere di chi affermava la debolezza morale e successivamente contando sul metodo scientifico per affermare la verità della malattia.

Abbiamo cercato le risposte a domande di senso e ai dubbi, nel campo degli universali umanistici e scientifici ai quali abbiamo ancorato il nostro sapere e potere.

Il modello diagnostico di disturbo dipendente è diventato un universale applicabile a tutti quei contesti ricercati per il loro potere gratificante di regolatore emozionale (gioco, web, social, virtualità, sessualità) che possono facilitare o indurre comportamenti compulsivi, e tutto ciò grazie alla costituzione del soggetto dipendente in ambito tossicomane.

La relazione di potere che si istituisce nel momento in cui si cerca di governare e indirizzare il comportamento dell'altro con gli atti terapeutici di qualsiasi natura, può evolvere in relazione di dominio se e quando neghiamo il valore degli atti deliberativi di persone che assumono droghe – malattia della volontà –, o quando mettiamo in capo a taluni criteri diagnostici il

presupposto che le funzioni esecutive siano irrimediabilmente compromesse e con esse dunque anche la libertà del soggetto che è stato istituito nella sua espressione malata.

Interrogarci sulla legittimità di tali ipotesi, e non temere l'inclusione di etiche che arricchiscano di senso l'interpretazione della natura dell'addiction che non è solo espressione o presupposto di alterazioni nel funzionamento di alcune reti neurali piuttosto che deficit di neurotrasmettitori che ne giustificano l'assunzione nel dominio delle malattie e quindi nel campo della cura.

Dunque per concludere non penso che siamo vittime di stigma, piuttosto credo che stiamo vivendo un lungo processo interpretativo che riguarda l'idea stessa di malattia applicata alle cose della mente e dei comportamenti, processo rispetto al quale abbiamo a volte rinunciato a porre interrogativi quando si avverte dissonanza tra ciò che viene presentata come verità della malattia (eziologia e diagnosi) e ciò che forse non appartiene all'ordine della malattia quanto alle relazioni di potere che ogni individuo intrattiene con il mondo in cui è immerso.

Le classificazioni diagnostiche mostrano inevitabilmente la propensione ad assumere la forma dell'essere atemporale – sei fatto così, lo dice la scienza – irrigidiscono in schemi a volte utili, che non sempre facilitano la comprensione dell'altro, della sua soggettività.

Come suggerisce Foucault sono dunque mezzi da conoscere e usare con la prudenza critica che permette di sottrarre all'imperativo dell'universale entro cui tendiamo a collocare le nostre capacità di comprendere il complesso umano.

Non siamo nella serie B dei sanitari perché noi non giochiamo a calcio, ma non ci è ancora molto chiaro a quale gioco stiamo giocando o vorremmo giocare, e questo è ciò che ci fa sentire a disagio rispetto ad altre discipline, anche quelle come la psichiatria che pure ci è affine per motivi analoghi. Questo è il punto sul quale concentrare la fatica di capire e farci capire, per non rimanere prigionieri del mandato "se sono malati curateli e guariteli" tossici, giocatori, fanatici dei social, futuri adepti del metaverso, perversi della rete.

Ci serve una ontologia delle scienze del comportamento (8) che va costruita con un paziente e sistematico confronto tra le molteplici discipline e conoscenze scientifiche che ne costituiscono l'ossatura.

La disciplina delle dipendenze è una scorciatoia, forse utile a limitare i danni della superficialità ignorante delle politiche sanitarie, ma non ci porta fuori dal recinto entro il quale ci sentiamo stigmatizzati.

La scienza può offrire la guarigione ma raramente offre salvezza, se non come allontanamento nel tempo di ciò che è comunque inevitabile per tutti.

Note

1. <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/stigma>.
2. The Lancet Commissions. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.
3. Dole V.P., Nyswander M.E. (1967). Heroin addiction – a metabolic disease. *Arch Intern Med.*, Jul., 120(1): 19-24.
4. Khantzian E.J. (1985). Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the clinical contest. *J Subst Abuse Treat*, 2: 83-8.
5. Foucault M. (1984). *Il coraggio della verità*. Feltrinelli Universale Economica.
6. Foucault M. (2001). *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*. Edizione stabilita da F. Gros, trad. di M. Bertani. Milano: Feltrinelli, 2003.
7. Foucault M. (1976). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR.
8. *Ibid.*
9. <https://behavioral%20sciences/Chute-commissioned-paper.pdf>.

Lo stigma delle persone con disturbo d'uso di sostanze

Leopoldo Grosso*

Introduzione

“Cara signorina Cuori-solitari, ho 16 anni, quando ero piccola le cose non andavano tanto male, perché mi ero abituata ai ragazzini del quartiere che mi prendevano in giro, ma ora mi piacerebbe uscire con dei ragazzi come fanno le altre ogni sabato sera, ma nessuno mi porta fuori perché sono nata senza naso, sebbene sia un’ottima ballerina, abbia un bel personale, e mio padre mi compri dei bei vestiti. Tutto il giorno mi guardo allo specchio e piango. Proprio in mezzo al viso ho un grosso buco che spaventa la gente e spaventa anche me. Non posso criticare i ragazzi che non mi vogliono portar fuori. Mia madre mi vuole bene, ma piange tutte le volte che mi guarda. Che cosa ho fatto per meritare un destino così terribile? Ho chiesto a mio padre e lui dice che non lo sa, ma che forse ho fatto qualche cosa cattiva nell’altro mondo prima di nascere o forse vengo punita io per i suoi peccati. Non ci credo perché mio padre è una brava persona. Devo suicidarmi? Con i migliori saluti, Disperata”.

È in questo modo che Erwing Goffman, nel 1963, introduce il suo libro *Stigma: identità negata*, diventato un “classico” della psicosociologia.

Prende a prestito la rubrica del romanzo di Nathanael West, *Miss Lonely hearts* pubblicato negli Stati Uniti in piena crisi degli anni '30.

Lo stigma è un marchio.

Nei tempi passati un segno a fuoco sulla pelle o inciso col coltello in modo che i criminali, i traditori gli schiavi, i paria fossero pubblicamente riconosciuti ed esclusi dalla convivenza sociale. Chi ha letto, o visto il film, di un altro romanzo americano, *La lettera scarlatta*, scritto nell'800 da N. Hawthorne, ma ambientato nel '600, si ricorderà la lettera A, incisa sul petto del vestito dell'Adultera.

Oggi le stigmate del disonore non sono più incise sul corpo, ma la persona stigmatizzata rimane un dis-graziato, una persona che ha perso lo status della grazia umana, motivo per cui rimane degradata, de-umanizzata, al cospetto delle altre persone.

Goffman ci indica tre tipi di stigma:

- le deformazioni fisiche;
- “gli aspetti criticabili del carattere”, in cui si sottendono prevalentemente i comportamenti devianti dalla norma sociale;
- i gruppi umani non desiderati (per etnia, religione...).

La malattia mentale è “un aspetto criticabile del carattere”.

Le persone con comportamenti anomali e devianti, in specie le persone tossicodipendenti, sono bersaglio della riprovazione sociale e diventano oggetto di uno stigma “pesante”: da parte della società, spesso anche dalle istituzioni, talvolta dagli stessi servizi socio-sanitari.

La “vignetta” della persona con Dus (disturbo da uso di sostanze), facilmente identificabile mentre è in coda in attesa della di-

stribuzione del metadone, impietosamente esposta agli sguardi di tutti, è emblematica di una gogna non necessaria.

Malattia e responsabilità

Il processo di stigmatizzazione delle condotte devianti è variabile dipendente dalla percezione sociale della responsabilità individuale.

In base ai parametri di ogni singola cultura, un comportamento di mancata assunzione di responsabilità provoca un’istantanea reazione di biasimo, che svolge un ruolo propulsore nella propagazione dello stigma.

Il fatto che la dipendenza sia stata riconosciuta ormai da tempo come malattia, dovrebbe fungere da filtro e da correttivo nei confronti della dinamica del pregiudizio, con il controllo delle funzioni cerebrali più evolute rispetto ai precipitosi meccanismi reattivi indotti dall'amigdala.

Tuttavia, nella rappresentazione del senso comune, il passaggio interpretativo della dipendenza come vizio (la cui colpa è unicamente imputabile alla persona), alla dipendenza come malattia (le cui cause sono dovute a una costellazione di eventi che pregiudicano le scelte soggettive), è ancora in mezzo al guado.

Le evidenze scientifiche, che già fanno fatica ad imporsi di per sé, stentano a diventare patrimonio di un’opinione pubblica la cui cultura richiede tempi lunghi di sedimentazione.

Questo processo è ulteriormente ostacolato oggi da un’eccessiva enfattizzazione delle “malattie comportamentali”, individuate come malattie autoindotte, conseguenza di comportamenti nocivi adottati dal soggetto (il fumo, la cattiva alimentazione, le “prese di rischio”...).

Lo slittamento concettuale, verso la “malattia auto procurata” per il proprio stile di vita, sposta di nuovo l’attenzione sull’“imputabilità” del soggetto “vizioso”, sulle cui uniche spalle ricadono la responsabilità e la colpa, lasciando sbiadita sullo sfondo la componente bio-sociale nell’eziologia della malattia.

Nella divaricazione tra il modello di malattia del Dus, che implica una responsabilità personale bassa, e un modello comportamentale, dove la responsabilità è centrale, gli addetti del settore sono i primi a doverci mettere mano.

È il *vulnus* della capacità di autodeterminazione che caratterizza la persona dipendente.

Facendo proprio il paradigma della malattia, l’operatore socio-sanitario ben sa che un grave Dus compromette la capacità di assumersi responsabilità, ma gli è anche evidente che un percorso di cura senza assunzione di responsabilità da parte del soggetto risulta difficile da immaginare.

La contraddizione, apparentemente irrisolvibile, si dipana nel momento in cui si ricorre al sapere scientifico in grado di spiegare come si crea e si forma il senso di responsabilità nelle persone.

* Psicologo, psicoterapeuta, formatore e docente, presidente onorario del Gruppo Abele, Torino.

Tutta la psicologia evolutiva insegna che la responsabilità del bambino si edifica nel tempo con la buona relazionalità da parte degli adulti che si occupano di lui.

Si costruirà prima un adolescente consapevole e poi un cittadino responsabile con i molti mattoni portati dagli altri.

La creazione della responsabilità individuale ha come presupposto iniziale e complementare la responsabilità sociale nei confronti dei bambini.

Si diventa autonomi col supporto degli altri e l'autonomia personale è molto più "relazionale" di quanto comunemente si creda.

Ciò che vale nei processi di costruzione della persona, vale anche per i percorsi di ricostruzione (cura e riabilitazione).

Se non si riconoscono le determinanti relazionali e sociali del Dus, che operano e si intrecciano con quelle biologiche e psicologiche, l'autonomia del soggetto rischia di essere intesa astrattamente, facendo ricadere la capacità di autodeterminazione e indipendenza totalmente e unicamente sulla persona.

È Ryan (1995) a sostenere che solo un'alta relazionalità consente una maggiore autonomia.

E, a proposito di ricostruzione di un senso di responsabilità è Miller (1998) a ricordarci che, a differenza di altri ambiti della medicina, le relazioni con i terapeuti possono essere più importanti dello stesso modello di trattamento da loro fornito.

Focalizzarsi sui soli individui e non sui fattori contestuali che influenzano la responsabilità, conduce con maggiore facilità a biasimare le persone con Dus.

L'etichettamento che ne consegue può produrre ulteriore ostacolo al cambiamento.

Avviene un processo simile a ciò che Lemert definisce "devianza secondaria": quando la stigmatizzazione ha l'effetto di fare sentire la persona ancora più diversa e isolata dal resto della società, inducendola non alla remissione del comportamento, ma a perseverare nello stesso.

Per contrastare lo stigma e per correggere la tendenza prevalente al biasimo e alla colpevolizzazione, è necessario evidenziare il significato etico della relazionalità.

La diffusione di una maggiore consapevolezza, a cominciare dagli ambienti professionali, dell'importanza delle buone relazioni per la crescita dell'individuo quanto per il trattamento e la cura dei comportamenti auto ed etero lesivi, costituisce la strada maestra da percorrere con gli strumenti della formazione, della disseminazione delle evidenze scientifiche, dello svelamento dei pregiudizi preda del senso comune.

Funzioni ed effetti dello stigma

Lo stigma non è solo il risultato di stupidaggine e cattiveria umana, il cui concorso rimane comunque essenziale.

Lo stigma è di proposito, ha uno scopo che lo trascende.

La finalità è il controllo sociale della devianza, una funzione che travalica il "comune sentire", che si avvale dalle regole formali e informali della comunità di appartenenza, ma va oltre.

Il biasimo e la riprovazione svolgono soprattutto una funzione di monito nei confronti degli altri, allo scopo di mantenere la coesione sociale ai valori della comunità di appartenenza.

Si pensi alla stigmatizzazione del suicida in un passato non troppo remoto: non solo veniva negato il funerale e la sepoltura al cimitero, ma i familiari venivano privati dell'eredità!

Lo stigma si declina in stigma pubblico, istituzionale e penale.

Lo stigma pubblico riguarda gli atteggiamenti condivisi della popolazione generale che conducono al discredito della persona.

Lo stigma istituzionale riguarda regolamenti, linee di indirizzo, procedure e prassi, che vanno oltre il livello individuale e comporta svantaggi generalizzati per alcune categorie di persone in termini di preclusioni, obblighi, procedure da seguire: una serie di limitazioni e intralci, che possono ridurre le opportunità, l'accesso ad aiuti e benefici, e precludere certi tipi di lavoro, possibilità di movimento (esempio: i "senza tetto" o i "sans papier" in una città).

Lo stigma penale, per quanto riguarda l'ambito "droghe", concerne invece la criminalizzazione dell'uso di sostanze.

Un sistema penale particolarmente repressivo, a cui segue la carcerazione, aumenta lo stigma e l'emarginazione delle persone con Dus.

Ciò che lo stigma genera nella percezione delle persone è ben rappresentato dall'esperienza del cieco di quartiere che s'aggira per le strade col suo bastone bianco.

Ogni passante si rapporta a lui unicamente in quanto cieco..., chi lo osserva a lungo incuriosito da come riesce a cavarsela, chi lo vuole aiutare a tutti i costi magari provocando intralcio ai suoi riferimenti usuali, chi è iper-prudente, e temendo di intralciarlo si discosta di tre metri quando gli passa davanti...; tutti inequivocabilmente si rapportano alla persona solo in quanto cieca.

La cecità è il suo primo piano, la persona scompare sullo sfondo. La cecità, la parte ferita di sé, si mangia/asfalta l'intera identità.

Le stigmatizzazioni più dure, che hanno attraversato la storia professionale di molti operatori delle dipendenze, rimandano ai tempi dell'Aids, prima del 1996, quando ancora in Italia non erano disponibili le cure antiretrovirali, la malattia era cronaca di morte annunciata e dilagava il terrore del contagio.

Allora la persona malata era: "Un tossico infetto".

Due aggettivazioni, tossicodipendente e hiv positivo agivano come due ganasce di uno schiaccianoci che sbriaciavano ogni nome e cognome.

Eppure, quando ci si avvicina, nell'incontro con la persona, l'impatto distanziante dello stigma si riduce, e, poco a poco ma progressivamente, tutto l'altro che c'è in una persona riesce a prendere il sopravvento.

Le persone cieche spesso rivelano il loro fascino con l'uso della parola.

Ognuno, nel rapporto di prossimità, ha l'opportunità di mostrare la propria singolarità.

Solo allora la persona, agli occhi dei più attenti, non sarà più il suo pregiudizio e l'infamia passerà sullo sfondo.

Lo stigma comporta un effetto alone.

Le prime figure a cui lo stigma si estende sono i familiari.

Le famiglie vengono ritenute, con diverse connotazioni, corresponsabili dirette o indirette della problematica.

Non c'è scampo.

Così è per "la madre del drogato", "la figlia dell'alcolista", "la moglie del detenuto", oppure, quando la commiserazione prende il posto del biasimo, "i genitori del tetraplegico".

Sono tutti costretti a condividere almeno una parte del discredito delle persone stigmatizzate.

Il capo di imputazione della persona stigmatizzata non risparmia ai familiari il riverbero della vergogna e della colpa.

Ma l'"effetto alone" si estende anche a coloro che Goffman definisce i "membri onorari" del gruppo degli stigmatizzati.

Una speciale stigmatizzazione è infatti riservata agli eventuali amici delle persone stigmatizzate, ed una ripercussione si estende pure ai professionisti e ai volontari delle strutture che a vario titolo si occupano di Dus.

Ne sanno qualcosa gli operatori di Ser.D. e Comunità, con l'accumulo di esperienze di discredito a cascata, anche all'interno degli stessi servizi socio-sanitari.

Dallo stereotipo all'etichettamento

I modelli teorici descrivono il processo di stigmatizzazione come una filiera di stereotipi, pregiudizi, e discriminazione attiva. L'incipit sul piano cognitivo è fornito dal ricorso agli stereotipi, una primitiva bussola col compito di semplificare una realtà in cui è difficile trovare un iniziale orientamento.

La generalizzazione indebita di alcune informazioni, senza alcun riscontro empirico, investe intere categorie di soggetti identificati per un'unica proprietà comune (tipici sono gli stereotipi di nazionalità).

Lo stereotipo non elaborato fa da immediata calamita al pregiudizio, che aggiunge un carico emozionale, in genere di tonalità aggressiva.

Si pensi a un pregiudizio attuale, molto diffuso: "Gli stranieri rubano il lavoro agli italiani". Un'affermazione, senza scrupoli di verità, che diventa riprovazione morale.

Il pregiudizio è moralismo senza conoscenza.

La sua caratteristica, sbrigativamente liquidatoria, è inoltre remunerativa per il soggetto.

Se l'enunciato qualifica chi lo pronuncia, è pur vero che è anche funzionale a rinforzare la propria considerazione di sé a scapito di quella altrui.

Su questi aspetti sono ancora molto attuali gli studi sulla "personalità autoritaria" della Scuola di Francoforte con riferimento al lavoro di Habermas, Horkheimer e Adorno.

Sul processo di etichettamento il riferimento è a un'altra famosa scuola socio-psicologica, la Scuola di Chicago, da Becker al già citato Lemert.

Per Becker "la devianza è una trasgressione pubblicamente etichettata" per cui l'osservazione si sposta dalle caratteristiche di un comportamento in sé, all'interazione sociale nei confronti di un comportamento ritenuto deviante.

È Lemert, come si è già detto, a insistere sul concetto di "devianza secondaria", su quanto l'etichettamento avvenuto contribuisca significativamente alla formazione dell'identità deviante (nel nostro ambito a rinforzare una tossicodipendenza ego-sintonica) con una maggiore identificazione nel ruolo trasgressivo.

Secondo Link (1989) la stigmatizzazione comporta:

- a) il mutamento dell'esperienza della malattia, e della malattia mentale in particolare;
- b) l'aumento, da parte del soggetto, dello sforzo di mantenere invisibile e segreta la problematica, incrementando i comportamenti di ritiro e nascondimento;
- c) la progressiva diminuzione del supporto sociale di cui può fruire;
- d) l'esito di un peggioramento della qualità della vita.

Il corpo e i comportamenti costituiscono la "sostanza appiccicosa", l'aspetto visibile, a cui si attaccano e si incollano tutte le informazioni pregiudiziali nei confronti del soggetto.

"Noi siamo lo sguardo degli altri" ci ricordano, pur con enfatiche diversità, tutte le scuole di psicologia.

L'occhio dell'altro può non vederci benevolmente e il suo sguardo penetra ed influisce sulla considerazione di noi stessi.

Tra stigmatizzante e stigmatizzato si instaura un'interazione in cui più che due persone a stretto confronto, sono due ruoli e prospettive ad impossessarsi della scena, secondo copioni rigidi che sono la premessa per una patologia della dinamica comunicativa. Quando si è più permeabili e indifesi (un preadolescente...), un malato, un vissuto logorato da una situazione insostenibile...), qualsiasi incontro può generare ansia: per il sentirsi nuovamente sotto i riflettori; per il percepire un'ennesima invasione di intimità; per il vivere l'incertezza dell'incontro il cui esito è imprevedibile; per l'essere consumati dal dubbio persistente di cosa l'altro possa pensare veramente, anche quando si è sperimentata accettazione.

Un'accettazione che è comunque sempre percepita come condizionata, suscettibile alle aspettative altrui, sotto perenne giudizio.

L'accettazione incondizionata, rassicurante e rasserenante, è una speranza che molto spesso si è rivelata mera illusione.

Per quanto ancora nei desideri, non è più contemplata nell'orizzonte mentale di chi ha subito pesanti e reiterate esperienze di stigmatizzazione.

È questo vissuto che spesso genera un'interlocuzione provocatoria, di sfida, di messa alla prova della "tenuta" altrui.

Corrigan e il modello di interiorizzazione dello stigma

Secondo Corrigan (2017) lo stigma viene fatto proprio dal soggetto che lo subisce in un processo costituito da cinque passaggi:

1. La condivisione del pregiudizio. Ognuno di noi è parte integrante dell'ambiente sociale e culturale in cui è immerso, per cui è probabile che possa fare propri gli stereotipi e i pregiudizi prevalenti del gruppo di appartenenza. Non c'è da stupirsi che anche le persone tossicodipendenti possano condividere molti pregiudizi sulla tossicodipendenza.
2. L'applicazione del pregiudizio a se stessi. Quando la persona tossicodipendente applica il pregiudizio a se stessa, inevitabilmente sperimenta vergogna e colpa, che a loro volta suscitano auto-disprezzo. Gli studi su persone con disturbo d'uso d'alcol indicano con chiarezza che più forte è la consapevolezza e la condivisione degli stereotipi negativi prevalenti, più li si applicano anche a se stessi.
3. La ferita sull'autostima. Autogiudicandosi negativamente, l'immagine di sé fallimentare riduce ulteriormente la propria autostima evocando il senso di colpa, che assume aspetti persecutori da cui la persona cerca di difendersi.
4. La rimozione non è un meccanismo di difesa praticabile a fronte di un dato di realtà attuale e prorompente come l'addiction, per cui il sistema mentale per proteggersi dall'angoscia ricorre alla negazione (Freud). Con la negazione si disconosce la condizione in cui si versa, oppure si minimizza la gravità, in genere riconducendo il disturbo ad un più semplice consumo rivendicato come scelta libera e consapevole.
5. Il ricorso alla sostanza, in una ripetuta spirale compulsiva, cercherà di tenere a bada il riemergere delle scorie di profondo malessere connesse all'autobiasimo e alla persecutorietà del senso di colpa.

Lo stigma interiorizzato diventa presto anticipatorio: non ha più necessità di essere suscitato da un confronto con la realtà esterna, si genera e si alimenta da sé.

Non diversamente dalla dipendenza patologica che, una volta insediatasi, si esprime autonomamente da cause e concause che l'hanno originata.

La risposta allo stigma interiorizzato e anticipatorio sfocia generalmente in una condotta di evitamento o in una reazione di ostilità provocatoria.

L'evitamento si declina nel tentare di nascondere il più possibile la propria situazione; nella tendenza a non parlare di problemi del proprio uso di droghe, non cercare di conseguenza né l'aiuto informale e tantomeno quello formale.

Secondo Corrigan (2004) lo stigma è il motivo più citato per evitare un trattamento professionale. Secondo alcuni (Glass *et al.*, 2013) evitare l'etichettamento del Dus, appare come una risposta salutare, considerata la portata della minaccia dello stigma pubblico, istituzionale, e dell'autostigma sul benessere psichico della persona.

È evidente la contraddizione che si apre nel momento in cui l'evitamento difensivo crea un ostacolo sia al riconoscimento precoce della problematica che alla ricerca di aiuto.

Se ne può uscire imboccando due strade.

La principale, a più lunga percorrenza, è la via maestra di un impegno complessivo di contrasto allo stigma nella comunità per l'affermazione dei valori dell'accettazione e della tolleranza, a partire dalle famiglie e dal mondo dei servizi sanitari e sociali. La via secondaria, ma non meno importante, percorribile più a breve-medio termine, è un maggiore radicamento, nella cultura dei servizi dedicati che fanno capo ai Dipartimenti, di un'interpretazione meno rigida e dicotomica delle dipendenze.

L'imporsi di una concettualizzazione della problematica (Rhem, 2013) che rifiuti la visione di un'alternativa secca tra astinenza vs. consumo per definire lo stato di addiction, e che tenga in considerazione il continuum in cui si declina l'uso delle sostanze (mite, moderato, problematico...) già svolge la sua parte nel contrasto allo stigma.

La stessa concettualizzazione del Dus consente la fuoriuscita da una logica strettamente binaria.

Il disturbo non si identifica con l'uso, per cui l'"ammissibilità" di un comportamento di consumo anche in una persona dipendente, al di là della sua specifica problematicità, può contribuire a una mitigazione dello stigma, facilitando il più precoce riconoscimento della gravità della situazione e l'emergere di una richiesta di aiuto.

In questa direzione, è scontato che tutto il lavoro "outreach", con unità di strada, drop-in e quant'altro, essendo emblematico di una preoccupazione per la salute delle persone che prescindono da ogni giudizio, svolge anche una rilevante funzione destigmatizzante.

Per una clinica e una presa in carico dello stigma

L'ostilità provocatoria è spesso la reazione immediata alla stigmatizzazione.

È un atteggiamento controproducente, con "effetti boomerang". Il sarcasmo e l'ironia possono parzialmente contenere l'aggressività reattiva.

Goffman ci porta due esempi.

Il primo è ancora impegnato di ostilità provocatoria.

Una ragazza, a cui veniva chiesto la causa della perdita della gamba, rispondeva: "L'istituto di credito a cui sono ricorso per un prestito me l'ha trattenuta come pegno!".

Nel secondo esempio l'ironia è lieve, ma ben salda nella funzione difensiva.

In un colloquio di assunzione: "Vedo, purtroppo che lei ha perso una gamba?", "Oh, che sbadata!". Altre volte si è presi da problemi più assillanti.

"Un nano in metropolitana rispondeva con un'occhiataccia fredda e veloce ai tanti sguardi curiosi che si abbassavano su di lui. Era meglio concentrarsi sul problema fondamentale: come uscire indenne dalla calca di folla all'uscita dal metrò!"

Nel lavoro clinico di contrasto allo stigma con le singole persone (anche in gruppo), parte del lavoro consiste nel monitorare la disfunzionalità delle risposte reattive.

Paradossalmente per alleviare la tensione della situazione (base minima: l'imbarazzo), la persona oggetto di stigmatizzazione dovrebbe "farsi carico" del disagio che si instaura nel rapporto.

Nella situazione si confrontano due esperienze.

Quella ordinaria dello stigmatizzato e quella straordinaria degli stigmatizzanti.

Per il primo la gestione dello stigma è quotidiana.

Per i secondi è eccezionale.

Ed anche i "buoni" si rapportano allo stigmatizzato con un pregiudizio, pur a favore, spesso offrendo aiuto e consigli non richiesti.

Nel riuscire a mettere a proprio agio la gente, prima che la situazione possa prendere un verso spiacevole, la commedia umana conferisce allo stigmatizzato un ruolo "superiore".

Nel caso dell'aiuto e dei consigli non richiesti, è utile non solo riconoscere le buone intenzioni, ma a volte anche consentire alle persone di svolgere la loro parte.

Non si è mai pienamente consapevoli dell'aiuto che si è in grado di dare con l'accettare l'offerta di aiuto altrui; con la valorizzazione di chi eroga l'aiuto, da una "accettazione fantasma", in quanto precaria e di circostanza, si può generare una relazione più autentica.

L'accettazione oscilla tra le persone con geometria variabile (ricordate il film "Indovina chi viene a cena?").

Nel perimetro di un'"accettazione fantasma" un buon sviluppo dell'interazione può stabilizzare una "normalità fantasma", ed è già un risultato su cui assestarsi, per quanto permanga, indissolubile, il doppio messaggio da gestire: "Ti è detto che sei uguale a tutti gli altri, ma allo stesso tempo si sa che non è proprio così, e piccoli particolari te lo ricordano di continuo".

Sono stati identificati 5 indicatori della "carriera" dello stigma biografico, di cui bisogna tenere conto nel lavoro clinico sullo stigma:

1. Il rilievo delle auto-attribuzioni. Si tratta di appurare come si autodescrivono le persone stigmatizzate, confrontando evolutivamente la prospettiva attuale con quella passata e futura.
2. La percezione delle etero-attribuzioni. Bisogna fare emergere come le persone vengono descritte dagli altri, distinguendo tra la gente comune ed i professionisti. Si tratta di valutare anche lo scarto differenziale tra auto ed etero attribuzioni.
3. La puntualizzazione degli atti di discriminazione subiti. Fare emergere i singoli diversi episodi con cui si sono configurati gli atti discriminatori.
4. La gestione della discriminazione. Come i singoli episodi sono stati gestiti dalla persona stigmatizzata.

5. La normativa in merito e la sua conoscenza. Se e come la si è utilizzata a proprio favore nel passato e la prospettiva attuale.

In una clinica di resistenza alla stigmatizzazione, il lavoro degli operatori si concentrerà sulle auto attribuzioni (punto 1), sulla gestione delle discriminazioni (punto 4), sulla conoscenza e sull'utilizzo della normativa (punto 5).

L'obiettivo del sostegno delle persone stigmatizzate consiste nello sviluppare il loro empowerment, individuale e collettivo.

È possibile una “normalizzazione” della malattia?

Il termine normalizzazione ha un duplice riferimento: rispetto alla vicenda personale di ogni consumatore che deve affrontare la reazione sociale al suo comportamento e che desidera di essere accettato dall'ambiente che lo circonda, in modo da sentirsi aiutato; rispetto alla rappresentazione culturale di un fenomeno che devia dai canoni normativi della società e che muta nello spazio geografico (ad esempio in alcune culture viene stigmatizzato il consumo, in altre la perdita del controllo...) e nel tempo secolare in base a macrovariabili che trascendono ogni vicissitudine dei singoli individui.

Con la prima accezione del termine, ci si colloca all'interno del perimetro di un'esistenza; con la seconda si è dentro la storia della convivenza umana, in cui la nascita, la diffusione e il declino dello stigma in una determinata società assume una dimensione temporale che attraversa le generazioni.

Questo contributo si limita alla prima accezione del termine “normalizzazione”, intendendo il percorso che conduce gli individui stigmatizzati ad essere reintegrati nella comunità sociale, condividendone contesti aggregativi, stili di vita, valori e mete comuni. Come operatori socio-sanitari, nel lavoro individuale e di gruppo con le persone stigmatizzate, il nostro ruolo è in qualche modo prescritto: sostenerle e fortificarle.

Per quanto riguarda invece la più ampia funzione del contrasto sociale e culturale al pregiudizio e alla stigmatizzazione, le modalità di azione risentono di una riflessione ancora acerba nei servizi e necessitano di un disegno generale in cui collocarsi.

Il contrasto allo stigma: che fare?

C'è un principio da cui partire e che rappresenta anche l'obiettivo principale da perseguire.

“Lo stigma deve essere riconosciuto come ingiustizia sociale!”.

Deve essere contrastato come altre forme palesi di ingiustizia e disuguaglianza.

Solo in nome di una lotta contro l'ingiustizia, possono essere capite e condivise le azioni volte a eliminare le discriminazioni più evidenti: l'accesso alle cure e all'assistenza; l'accesso al lavoro; l'accesso alla casa.

Sono i diritti sociali, più che i diritti sanitari, che rischiano di rimanere “diritti di carta”.

Corrigan e Penn (1999) indicano tre strategie cardine di contrasto allo stigma: Protest, Education, Contact.

La **protesta** assume il volto dell'“advocacy”, della difesa dei diritti negati e del reclamo dei diritti umani.

È la denuncia sociale degli episodi di discriminazione.

Coincide con l'attivismo sociale che evidenzia le ingiustizie dello stigma, intervenendo nei confronti degli stigmatizzatori, utilizzando anche la legge quando necessario.

Berger (2004) sostiene la necessità di alzare maggiormente la voce soprattutto se lo stigma si configura come “intersezionale”, vale a dire quando sullo stesso soggetto impatta la combinazione di diversi assi identitari negativi.

Lo stigma intersezionale somma tra loro diverse forme di identità marginalizzate, per cui la persona col più alto numero di dimensioni di identità negative sperimenta le forme più gravi di discriminazione.

Negli USA sono stati identificati i “Big Four”, i quattro fattori stressogeni che più alimentano e rendono intollerabile lo stigma: l'etnia, il genere, l'orientamento sessuale, la classe sociale.

Ai “Big Four” si agganciano altre stigmatizzazioni addizionali: la disabilità mentale e la tossicodipendenza, l'essere senza tetto, la condizione di migrante, l'obesità”...

L'azione di protesta ha un impatto diretto e positivo sui consumatori di sostanze psicoattive e le persone con Dus: riduce l'effetto dello stigma, potenzia il senso di sé tramite l'esercizio di un proprio protagonismo, contribuisce a intravedere un significato e un nuovo scopo per la propria vita.

L'**educazione** integra il richiamo ai diritti umani con le evidenze scientifiche.

Significa fare emergere la complessità e l'interdipendenza dei fenomeni, fornendo un approccio antidogmatico nel comprenderli ed affrontarli; significa dimostrare empiricamente che pregiudizio e stigma non risolvono i problemi ma li aggravano; significa chiarire le modalità più efficaci nel trattare le persone dipendenti in base alle conoscenze di più di 40 anni di lavoro sul campo.

L'esperienza accumulata nella pratica degli interventi di sensibilizzazione e di educazione indica come gli interventi più efficaci riguardino il coinvolgimento di gruppi e segmenti specifici di persone della comunità locale con cui si sviluppa un'interazione. Sono state anche evidenziate alcune modalità più efficaci: l'uso di una narrativa empatica in grado di suscitare coinvolgimento e identificazione con le persone vittime dell'ingiustizia; l'evidenziazione dei meccanismi tramite cui l'ingiustizia si realizza a danno dei singoli; lo svelamento dei processi di stigmatizzazione e esclusione; la spiegazione dell'insieme dei fattori che concorrono a sviluppare una dipendenza.

Rispetto invece agli strumenti “generalisti” come le campagne pubbliche destigmatizzanti tramite i mass media, solo un corpo ancora limitato di ricerche indica che tali strategie di comunicazione risultano effettivamente capaci di cambiare gli atteggiamenti verso le persone con Dus (Bachuber *et al.*, 2015, Pescosolido *et al.*, 2010).

Altre ricerche insistono invece sui rischi connessi alla trasmissione unilaterale della comunicazione, per cui molta attenzione viene posta nell'evitare il cd. “effetto boomerang”, in quanto messaggi, pur pieni di buone intenzioni, possono inavvertitamente incrementare lo stigma (Metha e Farina, 2004).

Il **contatto** riguarda l'incontro personale di gruppi stigmatizzati di un territorio con componenti della comunità (comitati di quartiere, gruppi di cittadini che protestano nei loro confronti).

Il contatto è la chiave di volta indispensabile per qualsiasi iniziativa che cerchi di mediare il conflitto.

Nell'incontrarsi personalmente si sviluppa un rapporto di conoscenza reciproca; gli stereotipi regrediscono a fronte di nuove informazioni che emergono dalla riduzione delle distanze (prima fisiche e poi psichiche), e gradualmente si definisce una messa a fuoco più completa dell'altro. Avviene un mutamento percettivo sulle tre dimensioni che creano l'allontanamento e il

rifiuto delle persone con Dus: la pericolosità, la sofferenza e la responsabilità.

La pericolosità percepita, e di conseguenza la paura e l'allontanamento reattivi, diminuiscono con la conoscenza diretta della persona che viene temuta; la sofferenza che si coglie nell'altro, può generare il movimento inverso dell'avvicinamento; un più alto livello di responsabilità percepita rispetto a quella attesa, sorprende favorevolmente e motiva ad una maggiore conoscenza dell'altro. Per essere efficace secondo Corrigan (2011) il contatto deve essere: mirato (chi incontra chi), autentico (spontaneo vs. non forzato) e ripetuto (con maggiore o minore frequenza nel corso del tempo).

Solo a queste condizioni il coming-out rispetto la propria dipendenza, in particolare di persone "insospettabili" agli interlocutori, risulta particolarmente efficace.

L'agenda di contrasto allo stigma coinvolge tre grandi attori:

- i servizi, a cui compete la funzione di ridurre lo stigma in ambito sanitario e sociale;
- l'associazionismo impegnato sul territorio, che esprime gli "stake-holders" sostenitori dei diritti umani;
- gli utenti stessi che, individualmente e collettivamente si auto organizzano a propria difesa, promuovendo una diversa cultura nel territorio nei loro confronti.

Tutti e tre gli attori condividono identici obiettivi.

I metodi di azione possono divergere notevolmente, e sembrare addirittura in contraddizione, ma è la complementarità degli sforzi a determinare il potenziamento del risultato comune.

È già stato ribadito quanto lo stigma funga da robusto bastone tra le ruote rispetto alla richiesta di aiuto, e in particolare all'espressione di una domanda ai servizi pubblici dedicati.

Il timore di essere riconosciuti come frequentatori del Ser.D., la paura di rimanere "schedati", l'ansia di rendersi in qualche modo più visibile per la propria dipendenza, costituiscono un freno che ritarda e spesso preclude l'accesso al servizio.

Bisogna pertanto potenziare i livelli strutturali dei servizi la cui capillarità svolge di per sé una indiretta funzione di riduzione dello stigma.

È dimostrato che:

- a) una maggiore e più diffusa presenza dei servizi dedicati sul territorio;
- b) il numero degli interventi preventivi progettati con regolarità durante l'anno;
- c) un accesso più ampio delle persone con Dus ai servizi generalisti;
- d) una maggiore diffusione di attività di riduzione del danno; costituiscono tutti aspetti strutturali confluenti, che consentono una maggiore opportunità di avvicinamento, più incontri e maggiore approfondimento conoscitivo.

Bisogna aggiungere che gli operatori sociosanitari, non diversamente dalle FFOO, possono esercitare un ruolo di mediazione significativo, in quanto categoria professionale, rispetto al contenimento della stigmatizzazione e alla mediazione del conflitto sociale.

Ciò avviene se ogni singolo servizio:

- a) dedica una speciale attenzione al linguaggio con la necessità che il lessico utilizzato venga filtrato da un meticoloso rigore antidiscriminatorio;
- b) investe sul rafforzamento della formazione degli operatori in modo che il contrasto allo stigma divenga parte integrativa dei curricula formativi;
- c) rende lo stigma oggetto di lavoro clinico e sociale nei percorsi di recovery ed empowerment con le persone con Dus;

d) attiva veri e propri servizi di supporto tra pari, dall'auto-mutuo-aiuto al peer support per iniziative di sensibilizzazione del territorio;

e) dà voce e spazio alle persone con Dus per la loro rappresentanza ai tavoli istituzionali.

Per quanto riguarda i consumatori, il contatto con i propri pari, all'interno di un percorso che tende all'emancipazione dallo stato di dipendenza, si è rivelato il modo più efficace per ridurre lo stigma (Corrigan, Penn, 1998).

Il coinvolgimento tra pari avviene a più livelli: nei luoghi della cura; nei gruppi di auto mutuo aiuto che si svolgono all'interno e all'esterno dei servizi; nell'impegno comune per iniziative di advocacy; nei social, in cui si condividono chat ed esperienze personali.

Il Peer Support, il sostegno tra pari, si fonda su tre principi chiave: il rispetto reciproco; la responsabilità condivisa; l'accordo comune su ciò che viene ritenuto utile.

Rispetto ai benefici del sostegno tra pari si evidenziano: maggiore ritenzione e soddisfazione del trattamento; riduzione dell'uso delle sostanze; riduzione delle "ricadute".

I programmi di contrasto allo stigma devono essere condotti in prima persona dalle persone che lo subiscono e che ne vengono danneggiate.

Gli operatori socio-sanitari possono svolgere il ruolo di "buoni alleati", collocandosi nelle retrovie con un ruolo di supporto.

L'autorivelazione della propria condizione è una modalità che si è mostrata efficace nel contrasto allo stigma.

È una scelta personale faticosa da gestire, perché, una volta che la malattia è resa pubblica, l'associazione di identità tra persona e condizione di salute diventa permanente.

Se è ormai indubbio che le storie di rivelazione possono esercitare un forte impatto nella de-stigmatizzazione, bisogna sempre valutare con molta attenzione il rapporto costi/benefici in relazione alla vita di ciascun soggetto.

Stigma e politica

Stigma e politica sono due vasi comunicanti.

Si rapportano vicendevolmente.

La politica può essere espressione dello stigma, nella funzione di mero termometro dell'opinione pubblica, oppure ergersi a suo contrasto, scegliendo con consapevolezza di svolgere un coraggioso ruolo educativo.

Ciò che gli osservatori più qualificati denunciano è come, in generale, si lamenti la mancanza di una politica basata sui due cardini essenziali che la qualificano come "buona politica": il riferimento alle evidenze scientifiche e il rispetto dei diritti umani.

È compito della politica contrastare la rappresentazione sociale distorta del fenomeno, sia del consumo e dei consumatori, sia dell'addiction e delle persone dipendenti.

I mass media, che orientano l'opinione pubblica, sono ancora troppo condizionati dalla problematica dell'audience e da tutto l'indotto che la "cattura" del pubblico comporta.

Nelle scelte redazionali di cronaca, ma anche dei reportage, continuano a prevalere i criteri delle tre "S": sangue, sesso e soldi, che contribuiscono non poco a suscitare allarmismo, offrendo un'immagine parziale e distorta del fenomeno, consolidando stereotipi e pregiudizi.

Fornire informazione corretta, formare gli amministratori locali, svolgere un ruolo di mediazione nei territori, essere presenti con funzione preventiva negli eventi critici, è il contributo che, con realismo, i servizi impegnati possono svolgere “fuori sacco” dai loro compiti prescritti, ma con utilità per tutti.

Ben sapendo che, come è accaduto per l’ultima Conferenza Nazionale sulla droga del 2021 o per la stesura del Piano d’Azione del 2022, il contributo “tecnico” emerso dal sapere dei servizi può incappare nel destino di un messaggio in bottiglia.

Bibliografia essenziale

Goffmann E. (1972). *Stigma: identità negata*. Laterza.
Schomerus G., Corrigan P.W. (2022). *The stigma of substance use disorders*. Cambridge University Press.

Bibliografia completa

Adorno T.W. et al. (1973). *La personalità autoritaria*. Edizioni di Comunità.
Bachhuber M.A., Pescosolido B.A. *Communication strategies to counter stigma and improve mental illness and substance use disorder policy*. <https://ps.psychiatryonline.org>.
Becker H.S. (1987). *Outsiders: studi in sociologia della devianza*. Edizioni Gruppo Abele.
Berger L.M. (2004). Income, family structure and child maltreatment risk. *Children and Youth service Review*, 26.

Corrigan P. et al. (2004). Structural levels of mental illness. *Schizophrenia Bulletin*.
Corrigan P. et al. (2017). Developing a research for understanding the stigma of addiction: lessons from the mental health stigma literature. *American Journal of addiction*.
Corrigan P., Penn D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54.
Freud S. (1981). *La negazione e altri scritti*. Boringhieri.
Glass J.E. et al. (2013). Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders. A modified labeling theory approach. In *Drug and alcohol dependence*.
Lemert E.M. (1981). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*. Giuffrè.
Link B.G. et al. (1989). A modified labeling theory approach to mental illness disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3).
Miller A.W. et al. (1999). A wealth of alternatives effective treatments for alcohol problems. In *Treating addictive behaviors processes of change*. Plenum Press.
Penn D.L., Corrigan P.-W. (2002). The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophrenia Research*, 55(3).
Pescosolido B.A. et al. (2010). A disease like another? A decade of change in public reaction to schizophrenia, depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 11.
Rhem J., Roerecke M. (2013). Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol*, 4.
Ryan R.M. et al. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 67(3).
Schomerus G. (2008). Stigma and its impact on help seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiology and psychiatric sciences*, 17.
West N. (1948). *Signorina Cuori-infranti*. Bompiani.

RECENSIONE



Alfio Lucchini (a cura di)
**L'EVOLUZIONE
DELL'INTERVENTO NELLE
DIPENDENZE IN ITALIA.
GLI EDITORIALI DELLA RIVISTA
MISSION DAL 2002 AL 2022**

Codice: 231.3.6
Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Quaderni
euro 29,00
Editore: FrancoAngeli

volume si alternano i risultati, gli sviluppi e i progressi scientifici nelle dipendenze, il commento a eventi istituzionali, l'applicazione di leggi e decreti che incidono sulla vita di tanti cittadini, con il richiamo agli operatori delle dipendenze a impegnarsi al massimo per la salute dei nostri pazienti e la tutela della sanità pubblica. In quest'ottica, alcuni temi vengono ripresi più volte al fine di sensibilizzare le istituzioni a programmare i necessari investimenti. Una lettura utile per chi opera nel settore delle dipendenze e vuole riflettere sui cambiamenti di questi vent'anni e sul valore della propria professione. Una lettura stimolante per i giovani che vogliono entrare nel mondo professionale delle dipendenze, trovandovi molteplici stimoli per una grande sfida scientifica e civile.

Alfio Lucchini vive a Bergamo, è psichiatra, medico psicologo, psicoterapeuta. Già direttore del Dipartimento gestionale di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana, Milano. Past president nazionale di FeDerSerD, è membro del Comitato di indirizzo e coordinamento area dipendenze e del Comitato salute mentale e dipendenze della Regione Lombardia. Ha insegnato all'Università degli Studi di Pavia, all'Università degli Studi di Milano-Bicocca e all'Università Cattolica di Milano. Direttore editoriale della collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso e Editor in Chief di *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e di 40 volumi, tra cui recentemente: *Volevamo l'Indipendenza, Quarant'anni di intervento nei Servizi pubblici delle Dipendenze italiani* (2021) e *2021. La normalità possibile. Un diario tra privato e vita associativa* (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

Stato dell'arte della collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze, Medici di Medicina Generale e Farmacia Unica Aziendale nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana-Isontina: inferenze da un'analisi del primo quadrimestre del 2022

Monica Baiano*, Marco Cristiani**, Stefano Visintini***, Ivan Karabentchev[^], Cristina Stanic[°], Roberta Balestra^{°°}

SUMMARY

■ *The involvement of Primary Care Physicians (PCP) in the treatment of patients with Opioid Use Disorder (DUO) is pivotal in promoting customized care and patient's empowerment.*

This study aimed to infer the efficiency of the long-standing collaboration among of Addiction Department (AD) of Trieste, PCP and pharmacies, particularly focusing on both prescription appropriateness and adequate medical supervision and toxicological tracking during the first quarter of 2022 within the Trieste area.

Data concerning clinical and toxicological condition and prescription appropriateness of 58 patients attending the AD for Personalized Treatment Plan (PTP) issue and referring to 26 different PCP for PTP-related agonist treatment prescription were analysed.

Agonist prescription was proper in 81.0% of cases, the PTP was regularly issued by AD specialist in 89.7% of cases and urinary testing was performed ≥ 2 times monthly by patients showing better clinical stabilization and representing 39.7% of the whole sample.

This research suggests that the best clinical outcome is achieved when patients with DUO have appropriate prescription and toxicological monitoring by means of a multidisciplinary teamwork. Therefore, information exchange among different professionals should be enhanced as to improve the quality of the assistance offered by public services as well as the early detection of critical cases and inadequate prescriptions of opioid agonists. ■

Keywords: *Appropriateness, Multidisciplinarity, Empowerment, Customization, General Practice.*

Parole chiave: *Appropriatezza, Multidisciplinarietà, Emancipazione, Personalizzazione, Medicina Generale.*

Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 09/01/2023, pubblicato online: 15/02/2023

* *Dirigente Medico Psichiatra, SS Sostanze Illegali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina.*

** *Dirigente Farmacista, SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina.*

*** *Direttore SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina.*

[^] *Infermiere Professionale, SS Sostanze Illegali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina.*

[°] *Dirigente Infermieristica Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina.*

^{°°} *Direttore Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina.*

Introduzione

La letteratura scientifica degli ultimi anni sostiene l'importanza di un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) per rispondere in modo efficace alla domanda di trattamento con terapia agonista per pazienti con Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO) e per personalizzare il più possibile l'offerta di cura della rete dei servizi per le dipendenze (Lagisetty *et al.*, 2017; Wilson *et al.*, 2022).

In Italia, il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) di Trieste si è distinto negli anni per essere stato uno dei servizi leader

nel promuovere la collaborazione dei MMG e nella sperimentazione di procedure operative innovative.

Il progetto di coinvolgimento dei MMG è nato nel 1994, subito dopo il referendum che ha abrogato l'articolo del DPR 309/90 che precludeva loro la possibilità di prescrizione del metadone; da allora, l'attività di collaborazione con i MMG a Trieste è divenuta nel tempo prassi consolidata.

Tale progetto si articolava nei seguenti obiettivi strategici:

- sensibilizzare altri partner (MMG, Farmacisti, Ordini professionali) sui temi della dipendenza, presentata come malattia, trattabile al pari di altre, presso gli ambulatori dei medici di famiglia e le farmacie;
- confermare che la tossicodipendenza non è una malattia rara ma al contrario è spesso presente tra i pazienti di ogni MMG;
- valorizzare e responsabilizzare il Medico di famiglia nella prevenzione, diagnosi precoce e cura delle situazioni di abuso e dipendenza e delle patologie correlate;
- ampliare le risposte offerte dal Dipartimento, con possibilità di affidare gli interventi meno complessi alla gestione del MMG, concentrando le risorse a quelli più specialistici;
- favorire la progressiva emancipazione del paziente dal servizio, come tappa del programma riabilitativo;
- sviluppare percorsi di de-stigmatizzazione, di normalizzazione e di reinserimento socio lavorativo delle persone clinicamente stabilizzate, anche prevedendo la possibilità di assunzione del farmaco in sedi diverse (l'art. 122, punto 2 del DPR 309/90 recita «il programma deve essere formulato nel rispetto della dignità della persona, tenendo conto in ogni caso delle esigenze di lavoro e di studio e delle condizioni di vita familiare e sociale dell'assuntore») (Balestra, 2007; Balestra, Conti, 2008).

Il progetto si è avvalso negli anni del finanziamento del Fondo Droga, che ha consentito di incentivare i professionisti collaboranti ed in linea con il protocollo operativo condiviso.

Dal 2003, esauritosi il finanziamento del Fondo Droga, l'incentivazione è stata assicurata con fondi del bilancio aziendale, con formalizzazione di un Accordo Integrativo locale nel 2005, rinnovato nel 2007 e successivamente.

Oggi non tutti i medici che prescrivono terapia agonista chiedono e percepiscono l'incentivo economico, ritenendo questa prestazione sovrapponibile alle altre fornite ai loro pazienti.

I criteri fondamentali per la presa in carico congiunta di pazienti in terapia con farmaci agonisti (metadone o buprenorfina/naloxone) sono stati condivisi al momento della stesura del protocollo operativo.

Nello specifico, i presupposti che regolano l'avvio e la prosecuzione della collaborazione includono:

1. Condizioni correlate al paziente:

- compenso clinico-tossicologico;
- stabilizzazione posologica;
- aderenza al trattamento ed al monitoraggio tossicologico (i.e. esecuzione di almeno due controlli tossicologici a vista su matrice urinaria al mese, presso il DDD o lo studio del MMG);
- affidabilità rispetto alla gestione del farmaco (i.e. assunzione diretta presso l'ambulatorio del MMG e/o affidamento domiciliare della terapia previa ricettazione del

MMG e ritiro del farmaco in farmacia aperta al pubblico da parte del paziente).

2. Condizioni correlate al MMG:

- ottemperanza prescrittiva secondo quanto definito dalla legge in vigore (i.e. prescrizione della terapia agonista su ricettario ministeriale a ricalco per un periodo non eccedente i 30 giorni) e secondo quanto indicato nel Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) redatto dallo specialista del DDD per un periodo massimo di 90 giorni o sulla base di esigenze contingenti di revisione posologica (DM 16.11.07-GU 278/29/1);
- disponibilità al confronto e alla valutazione congiunta con lo specialista DDD, in occasione di situazioni di criticità clinica e/o gestionale del paziente e nell'ambito degli incontri quadrimestrali della Commissione tecnica (composta da specialisti di riferimento DDD e da quattro rappresentanti dei MMG);
- compilazione ed invio al DDD di report sintetico quadrimestrale per ogni paziente in carico (fino a un massimo di sei pazienti per MMG), allo scopo di ricevere l'incentivazione prevista dal protocollo d'intesa (45 euro per assistito/mese);
- analisi dei report inviati dai MMG alla Direzione del DDD, effettuata in sede di Commissione tecnica ogni quattro mesi. Il report include informazioni cliniche e relative alla sorveglianza tossicologica e due scale di valutazione (Figura 1):
 - a) scala per la misurazione dell'intensità del craving per oppiacei (scala analogica visiva, range 0-100, dove l'intervallo 0-10 indica assenza di craving e l'intervallo 90-100 presenza di elevatissimo craving);
 - b) scala per la misurazione della gravità complessiva del disturbo, risposta al trattamento ed efficacia dello stesso (*Clinical Global Impression* o CGI) (Guy, 1976).

Fig. 1 - Esempio di report quadrimestrale compilato dal MMG per un singolo paziente

SCHEDA DATI RELATIVA AL TRATTAMENTO CON METADONE					
UTENTE:	DATA DI NASCITA	MEDICO	SEDE DI ASSUNZIONE	DATA INIZIO TRATTAMENTO	
BI SO	14/11/60	Medico di Medicina Generale Cognome "XXXXXXXXXX" Sinteto Firma	Distretto <input type="checkbox"/> Ambulatorio MMG <input checked="" type="checkbox"/>	01/01/2022 <small>1° gennaio: se prosegue dall'anno precedente</small>	
Nominativo o sigla					
DATI TRATTAMENTO					
mese/anno	dosaggio	data modifica dosaggio	n° controlli urinari/mese	n° controlli positivi/mese	Note (vedi sotto)
GENNAIO 2022	50 mg	mg dal	1	0	
FEBBRAIO 2022	50 mg	mg dal	1	0	
MARZO 2022	50 mg	mg dal	1	0	
APRILE 2022	50 mg	mg dal	0	0	
RICHIESTA DI DISASSUEFAZIONE			CONSULENZE SPECIALISTICHE		
Richiesta dall'utente <input type="checkbox"/>			Psichiatrica <input type="checkbox"/>		
in data _____			Infettivologica <input type="checkbox"/>		
Proposta dal medico <input type="checkbox"/>			Odontoiatrica <input type="checkbox"/>		
in data _____			CGI "Giudizio Clinico Globale"		
TERAPIA PSICHIATRICA			EFFETTI COLLATERALI		
Antidepressiva <input type="checkbox"/>			nessuno		
Antipsicotica <input type="checkbox"/>			Non interferisce no in maniera significativa		
Ansiolitica <input type="checkbox"/>			Interferisce in maniera significativa		
SCALA CRAVING PER L'EROINA (ultima settimana)			Prevalgen e sull'effetto terapeutico		
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100			Indicare il numero corrispondente al giudizio:		
X			nessuno		
			Moderato		
			severabile miglioramento		
			Lieve: scarso miglioramento		
			Insensibilizzato o peggiore		
			01		
			02		
			03		
			04		
			05		
			06		
			07		
			08		
			09		
			10		
			11		
			12		
			13		
			14		
			15		
			16		
NOTE ED OSSERVAZIONI					
Il paziente non ha presentato episodi di criticità.					

Obiettivi

Lo scopo del presente studio è fornire una fotografia attuale della cooperazione tra gli attori del progetto originario (MMG e DDD) e dell'appropriatezza prescrittiva (i.e.: corrispondenza tra la posologia del farmaco agonista secondo PTI redatto dallo specialista del DDD e dosaggio di farmaco effettivamente erogato dalle farmacie su ricetta del MMG, prescrizione del farmaco previo piano terapeutico o in assenza di esso) attraverso l'analisi dei dati raccolti nel primo quadrimestre del 2022 da parte della Farmacia Unica Aziendale, ai fini del monitoraggio periodico.

Materiali e metodi

Sono stati raccolti i dati anagrafici, clinici, tossicologici ed inerenti il trattamento farmacologico di pazienti con DUO in carico al DDD di Trieste e seguiti presso gli studi dei rispettivi MMG, nonché i dati di forniti dalla Farmacia Unica Aziendale fino a febbraio 2022 in merito alla prescrizione di farmaci agonisti nel periodo gennaio-aprile del c.a.

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando i software SPSS, versione 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS Inc., Chicago) e STATA versione 10 (StataCorp, LLC).

Il livello di significatività statistica scelto è pari a $p < 0.05$.

La normalità della distribuzione dei dati è stata indagata con il test di Kolmogorov-Smirnov. Comparazioni tra gruppi indipendenti per variabili di tipo quantitativo sono state eseguite usando il test U Mann-Whitney sulla base dei risultati del test di Kolmogorov-Smirnov.

Il test esatto di Fisher è stato impiegato per analizzare variabili categoriali, laddove non siano state verificate le assunzioni per il test Chi-quadro (χ^2).

Risultati

Nel territorio di Trieste, 26 MMG sono prescrittori di terapia agonista; di questi, 21 (80.8%) sono noti e collaborano secondo protocollo d'intesa, tre (11.5%) sono noti ma non collaborano secondo protocollo, mentre due (7.7%) sono prescrittori ignoti.

La terapia agonista è stata prescritta a 64 pazienti (40 maschi e 24 femmine); attualmente di questi: 58 (90.6%) sono noti e risultano in carico al DDD, mentre sei pazienti non sono attivamente seguiti dal DDD (di cui quattro, il 6.3%, non sono conosciuti ed infine due, il 3.1%, sono noti ma non in carico al DDD).

Dei 58 pazienti in carico, l'età media è di 54.49 anni (± 6.90 DS; range: 36-68) e la durata media della presa in carico presso il DDD è di 24.89 anni (± 5.59 DS; range 5-42).

55 pazienti (94.8%) assumono metadone alla posologia media di 75 mg/die (± 5.03 DS; range 10-150) e solo tre pa-

zienti (5.2%) assumono buprenorfina/naloxone alla posologia media di 3.33 mg/die (± 2.31 DS, range 2-6).

Dei 58 pazienti totali, 20 pazienti (34.5%) assumono terapia psicofarmacologica, prevalentemente antidepressiva (8/20 pazienti, ovvero il 40%), prescritta direttamente dallo specialista del DDD.

In relazione all'appropriatezza prescrittiva, si segnala che per 47/58 pazienti (81.0%) vi è una corrispondenza tra quanto prescritto dallo specialista DDD nel PTI e quanto erogato dalle farmacie.

Il PTI è stato regolarmente stilato dallo specialista DDD per 52/58 pazienti (89.7%).

Dalle informazioni ricavate dai 19 report sintetici redatti in modo completo dai MMG, emerge che, nella maggior parte dei casi (8/19 pazienti, ovvero il 42.1%), il punteggio ottenuto alla scala CGI sia stato di 1 ovvero indicativo di un netto miglioramento terapeutico e assenza di collateralità).

Per quanto concerne la Scala del Craving per l'eroina (compilata solo per 16/19 pazienti), nell'87.5% dei casi il punteggio ottenuto si è collocato tra 0 e 10, suggestivo di una bassa attrazione per la sostanza.

Nel quadrimestre considerato emerge che, rispettivamente, 35/58 (60.3%) pazienti hanno eseguito < 2 controlli tossicologici/mese (definito come "gruppo 1") e 23/58 (39.7%) pazienti hanno effettuato ≥ 2 controlli tossicologici/mese (definito come "gruppo 2") raggiungendo quindi il target previsto dal protocollo.

Più in dettaglio, si rileva come il numero di controlli tossicologici eseguiti in totale nel quadrimestre dal gruppo 2 sia significativamente superiore a quella del gruppo 1 ($Z = -6.213$, $p = 0.000$) (Figura 2) e che, in particolare, nel gruppo 2, è stata raggiunta dai MMG l'incentivazione massima di quattro mesi su quattro nel 39.9% del campione (9/23 pazienti).

Nel gruppo 2, 19/23 (82.6%) assistiti ha prodotto urine sempre negative ed un solo (4.3%) paziente ha prodotto campioni sempre positivi (ad oppiacei).

Di un singolo paziente (4.3%) sono risultate positive alla cocaina tre urine su sei campioni totali prodotti nel quadrimestre (ovvero il 50% dei campioni); infine, per due pazienti (8.7%) è stata riscontrata la positività alla cocaina, rispettivamente, in un solo campione ed in tre campioni sui sette totali prodotti da ciascun soggetto (ovvero meno del 50% dei campioni complessivi del quadrimestre sono risultati positivi alla sostanza).

Tra i due gruppi non sussistono differenze statisticamente significative per età ($Z = -.064$, $p = 0.949$), durata della presa in carico ($Z = -.072$, $p = 0.943$), posologia del metadone ($Z = -1.365$, $p = 0.172$) (test U Mann-Whitney), psicofarmacoterapia associata (test Chi-quadro, $p = 0.583$), appropriatezza prescrittiva ($p = 0.176$) e regolarità della prescrizione del PTI ($p = 0.386$) (test esatto di Fisher).

Esiste, invece, differenza per puntualità della compilazione dei report sintetici (test esatto di Fisher, $p = 0.021$), con numero di schede inviate dai MMG proporzionalmente superiore nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1 (Figura 3).

Fig. 2 - Confronto tra gruppo 1 e gruppo 2 rispetto a controlli tossicologici eseguiti mensilmente

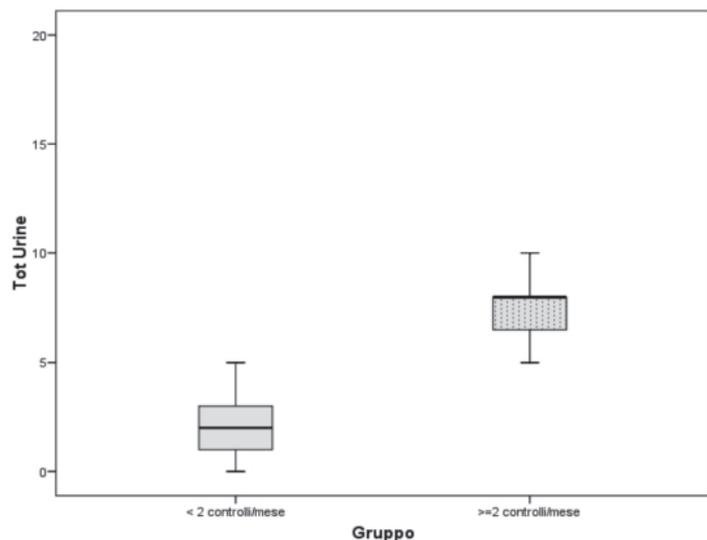
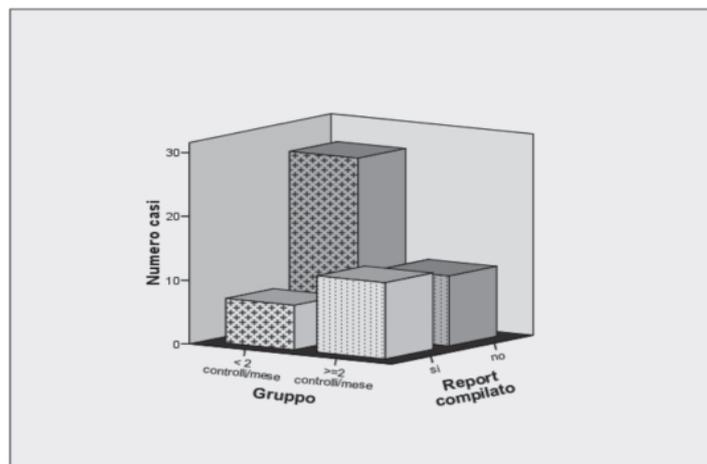


Fig. 3 - Differenze tra gruppo 1 e gruppo 2 per numero di report sintetici inviati



Discussione

Rispetto al passato (si confronti Balestra, 2007), il numero di MMG che presta al momento la propria disponibilità alla presa in carico congiunta di pazienti seguiti dal DDD è progressivamente diminuito; ciò sembrerebbe dipendere da vari fattori.

In primo piano si deve segnalare il graduale ingresso in quietezza dei colleghi che, storicamente hanno collaborato con il DDD, unito alla mancanza di sostituti sensibili alla tematica e formati a svolgere tale attività; questi fattori hanno fatto sì che la prescrizione terapeutica passasse nuovamente allo specialista del Ser.D., con il conseguente rientro del paziente nel servizio. L'ingresso nel territorio di nuovi MMG non è stato sistematicamente accompagnato da una formazione sul tema della dipendenza e delle possibilità di trattamento farmacologico dei pazienti con DUO nel setting della medicina di famiglia (Fraeyman *et al.*, 2016; Klimas *et al.*, 2015). Appare quindi evidente la necessità di organizzare training spe-

cifici ed aggiornamenti periodici per accrescere l'interesse della nuova generazione di MMG, al fine di mantenere viva e competente la rete assistenziale esterna al DDD (Feroni *et al.*, 2005; Rouillon *et al.*, 2021; Van Hout *et al.*, 2018).

Dal presente studio, l'età media dei pazienti che compongono il nostro campione si colloca nella fascia 50-60; tale dato suggerisce che, negli anni, siano stati fidelizzati dai MMG i primi soggetti arruolati nel progetto mentre non vi sia stato un ingresso di pazienti più giovani.

Questo potrebbe dipendere dal fatto che gli utenti lungamente seguiti sono meno problematici da gestire nello studio del medico di fiducia, in quanto stabilizzati ed emancipati (Boffin *et al.*, 2016). Viceversa, sarebbe più complicato ingaggiare pazienti più giovani e con più recente esordio della dipendenza da oppiacei, verosimilmente per la loro complessità correlata a frequente comorbidità con problematiche psichiatriche od organiche (i.e. infezioni HCV), quadri di poliabuso e problemi psicosociali.

Inoltre, la fragilità di tali pazienti potrebbe disincentivare i MMG alla presa in carico congiunta, per timore di un aumento del carico di lavoro, a fronte di un'incrementata pressione prestazionale complessiva del SSN sui medici di famiglia (recentemente aggravata dall'emergenza sanitaria e dalla carenza di nuovi MMG).

Dall'analisi dei risultati emerge che laddove vi è una regolarità del monitoraggio clinico e tossicologico da parte del MMG, il paziente ne beneficia, con stabilizzazione anche della sintomatologia correlata al craving.

Questo dimostra che la relazione fiduciaria strutturata nel tempo col medico di famiglia prescelto conduce ad una proposta terapeutica efficace in soggetti con DUO meno grave o in fase di compenso, nell'ambito di una collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale.

Dal nostro studio si evince come la prescrizione della terapia sostitutiva da parte del MMG, su PTI fornito dal DDD, prosegua comunque anche quando vi è irregolarità dell'esecuzione dei controlli tossicologici e/o negli impegni previsti dal protocollo operativo, anche in assenza di incentivazione economica.

Le motivazioni di tale continuità sono molteplici e attengono alla autonomia di gestione della relazione da parte del MMG.

Sebbene l'appropriatezza prescrittiva sia comunque mediamente salvaguardata, si evidenziano alcune situazioni in cui non vi è rispetto dell'osservanza del piano terapeutico ed una contrazione dello scambio di informazioni tra specialisti DDD e MMG, forse in parte dovuto all'emergenza pandemica Covid-19 (Niles *et al.*, 2021).

Infatti, dei 26 medici prescrittori, cinque non operano in collaborazione con gli specialisti del servizio pubblico e ricettano il farmaco senza piano terapeutico.

Pertanto, sarebbe auspicabile favorire la ripresa dello scambio informativo tra specialisti DDD e MMG, per aumentare la qualità dell'assistenza offerta all'utenza e fornire messaggi di attenzione costante al rispetto del percorso.

Inoltre, l'analisi dei dati provenienti dalla Farmacia Unica Aziendale ha mostrato alcuni casi di pazienti non in carico al DDD cui è stata dispensata terapia agonista; a tal proposito sarebbe utile potenziare la comunicazione con le farma-

cie convenzionate, in un'ottica di équipe funzionale multidisciplinare (Cochran *et al.*, 2020).

Il passaggio di informazioni, di fatto, favorirebbe interventi tempestivi ed efficaci sia nella presa in carico di situazioni a rischio sia in caso di prescrizioni inadeguate e/o non aderenti alle linee guida (Landreat *et al.*, 2015; Mandt *et al.*, 2010; Wazaify *et al.*, 2006).

Infine, per favorire l'adesione al monitoraggio tossicologico e semplificare la procedura, potrebbe essere utile proporre – in casi specifici e selezionati sulla base di criteri clinici e gestionali – l'accertamento su matrice cheratinica, da effettuarsi presso il DDD.

L'esame in questione richiede infatti al paziente una frequenza decisamente inferiore presso il servizio rispetto al test urinario (Binz, Baumgartner, 2016, Palamar *et al.*, 2019).

Conclusioni

Nonostante lo studio abbia evidenziato alcune criticità, esso ha dimostrato che il lavoro congiunto tra Dipartimento delle Dipendenze di Trieste e i MMG sta ancora proseguendo e configura una realtà che rimane purtroppo ancora isolata in Italia.

In sintesi, dalla presente ricerca è possibile trarre le seguenti considerazioni fondamentali:

- i pazienti in cura con i loro MMG danno prova di apprezzare tale soluzione e di rispettare il programma. In caso di situazioni complesse o di particolari esigenze il protocollo assicura al MMG il supporto e la consulenza da parte del servizio pubblico;
- la collaborazione tra servizio specialistico per le dipendenze e servizio farmaceutico aziendale è estremamente utile per monitorare l'andamento e l'appropriatezza prescrittiva degli oppioidi da parte dei MMG e per poter proporre tempestivamente azioni di miglioramento;
- vi è la necessità di investire sulla formazione dei nuovi MMG che si apprestano ad entrare nel mondo del lavoro sul tema alle dipendenze patologiche;
- la prassi operativa definita dal protocollo è in linea con l'attuale evoluzione delle politiche sanitarie, maggiormente focalizzate sulla territorializzazione delle cure (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, approvato il 22 giugno 2021 dalla Commissione Europea);
- il modello di collaborazione MMG-DDD è esportabile in altre realtà territoriali, in quanto si basa su un documento condiviso e standardizzato rispetto alle procedure da seguire per ottimizzare il monitoraggio dell'utenza;
- la personalizzazione delle cure migliora l'adesione al trattamento complessivo a lungo termine.

Riferimenti bibliografici

- Balestra R. (2007). Il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella cura dei pazienti tossicodipendenti a Trieste. *FeDerSerD Informa*, 6: 12-14.
- Balestra R., Conti G. (2008). L'affido di metadone nei Ser.T. e i medici di medicina generale: la collaborazione a Trieste. *FeDerSerD Informa*, 9: 14-16.

- Binz T.M., Baumgartner M.R. (2016). Hair Analysis for the Retrospective and Prospective Consume-Monitoring: Substance Abuse, Abstinence – and Compliance Control. *Praxis*, 105(1): 17-21.
- Boffin N., Antoine J., Moreels S., Wanyama S., De Ridder K., Peremans L., Vanmeerbeek M., Van Casteren V. (2016). General practice patients treated for substance use problems: a cross-national observational study in Belgium. *BMC Public Health*, 16: 1235.
- Cochran G., Bruneau J., Cox N., Gordon A.J. (2020). Medication treatment for opioid use disorder and community pharmacy: expanding care during a national epidemic and global pandemic. *Subst. Abus.*, 41(3): 269-274.
- Feroni I., Peretti-Watel P., Masut A., Coudert C., Paraponaris A., Obadia Y. (2005). French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: is the existing training (good) enough? *Addict. Behav.*, 30(1): 187-91.
- Fraeyman J., Symons L., Van Royen P., Van Hal G., Peremans L. (2016). How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *Eur. J. Gen. Pract.*, 22(2): 134-140.
- Guy W. (1976). *Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised*. Rockville, MD: US Department of Health, Education and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Klimas J., Egan M., Tobin H., Coleman N., Bury G. (2015). Development and process evaluation of an educational intervention for overdose prevention and naloxone distribution by general practice trainees. *BMC Med. Educ.*, 15: 206.
- Lagisetty P., Klasa K., Bush C., Heisler M., Chopra V., Bohnert A. (2017). Primary care models for treating opioid use disorders: what actually works? A systematic review. *PLoS One*, 12(10): e0186315.
- Landreat M.G., Rozaire C., Guillet J.Y., Vigneau C.V., Le Reste J.Y., Bronnec M.G. (2015). French experience with Buprenorphine: do physicians follow the guidelines? *PLoS One*, 10(10): e0137708.
- Mandt I., Anne Marie Horn A.M., Ekedahl A., Granas A.G. (2010). Community pharmacists' prescription intervention practices – exploring variations in practice in Norwegian pharmacies. *Res Social and Adm. Pharm.*, 6(1): 6-17.
- Niles J.K., Gudim J., Radcliff J., Kaufman W. (2021). The opioid epidemic within the Covid-19 pandemic: drug testing in the 2020. *Popul. Health Manag.*, 24: S1 43-51.
- Palamar J.J., Le Austin., Guarino H., Gelabert P.M. (2019). A comparison of the utility of urine and hair testing in detecting self-reported drug use among young adult opioid users. *Drug Alcohol Depend.*, 200: 161-167.
- Rouillon M., Laporte C., Ingrand P., Castéra P., Di Patrizio P., Messaadi N., Binder P., Dupouy J. (2021). Perceptions, professional responsibility and management experiences patients with alcohol, tobacco and opioid use disorder by residents in general practice and teaching general practitioners. *Eur. J. Gen. Pract.*, 27(1): 77-82.
- Van Hout M.C., Crowley D., McBride A., Delargy I. (2018). Optimising treatment in opioid dependency in primary care: results from national key stakeholder and expert focus group in Ireland. *BMC Fam. Pract.*, 19: 103.
- Wazaify M., Hughes C.M., McElnay J.C. (2006). The implementation of a harm minimization model for the identification and treatment of over-the-counter drug misuse and abuse in community pharmacies in Northern Ireland. *Patient Educ. Couns.*, 64(1-3): 136-41.
- Wilson H.H.K., Schulz M., Mills L., Lintzeris N. (2022). Feasibility and outcomes of a general practice and specialist alcohol and other drug collaborative care program in Sydney, Australia. *Austr. J. Prim. Health*, 28(2): 158-163.

📄 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

Inserimento di paziente con Disturbo da Gioco d’Azzardo in Servizio sperimentale residenziale, in misura alternativa alla pena: percorsi clinici tra revisione della normativa e istruzioni operative

Elisabetta Bussi Roncalini[^], Barbara Moffa^{^^}, Simona Caravello^{^^^}, Consuelo Busetti^{^^^^}, Barbara Salvatore*, Marco Riglietta[°]

SUMMARY

■ *The inclusion in a residential structure for Gambling Disorder, implemented thanks to the experimental funds provided by the Lombardy Region Resolution N. XI/585 of 1/10/2018 (1), allowed patients with pathology not covered by law in Article 94 of Presidential Decree 309/90 (2), to undertake a residential path in an alternative measure to the penalty.*

The multidimensional assessment implemented by the Ser.D. prison team UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII of Bergamo, through innovative clinical psychodiagnostic tools integrated with the pre-existing available tool, has allowed the drafting of a specific Diagnostic Therapeutic Care Pathway and, after validation by the Health Protection Agency of the province of Bergamo, has made it possible to send to a residential facility for Gambling Disorder of the patient in an alternative measure to punishment.

The work is an expression of the capacity for synergy and integration between the private service, which has seen the emergence of residential facilities for pathological gamers, with the public service of evaluation and treatment of the Lombard ASST in addition to the fundamental intervention of the competent Territorial Health Protection Agency and the Judicial Authority through which it was possible to give an adequate response in a different sphere of addiction currently normatively recognized only to drug and alcohol dependent person. ■

Keywords: DGA, Residenzial structures, Legislation, Alternative measure to the penalty.

Parole chiave: DGA, Strutture residenziali, Legislazione, Misura alternativa alla pena.

Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 09/01/2023, pubblicato online: 28/02/2023

Revisione della normativa nazionale, regionale e istruzioni operative

Il “Decreto Balduzzi n. 189 8 novembre 2012” (3) ha inserito il Disturbo da Gioco d’Azzardo nei Livelli Essenziali di

[^] Responsabile Ser.D. Carcere ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

^{^^} Assistente Sociale UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

^{^^^} Assistente Sociale Ser.D. Carcere ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

^{^^^^} Psicologa Psicoterapeuta Ser.D. Carcere ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

* Dirigente Psicologo UOC Integrazione della Domanda con l’Offerta. Ufficio Dipendenze Dipartimento P.I.P.S.S. ATS Bergamo.

[°] Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

Assistenza ma il diritto alle cure per le persone con disturbo da gioco d’azzardo patologico è diventato esigibile su tutto il territorio nazionale con l’aggiornamento dei LEA previsto dal DPCM 2017 (4) secondo il quale “il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d’azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate e/o con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, differenziati per intensità, complessità e durata, in regime residenziale o semiresidenziale, previa valutazione clinica multidimensionale.

La DGR 116/2013 (5) Regione Lombardia “Determinazioni in ordine all’istituzione del fondo regionale a sostegno della

famiglia e dei suoi componenti fragili”, aveva già previsto tra i destinatari prioritari “le persone affette da ludopatia” e prevedeva l’avvio di un processo sperimentale di presa in carico secondo modelli e strumenti condivisi a livello regionale.

Potenziamento ulteriore dell’offerta specifica avviene a seguito del DPCM del 6 ottobre 2016 (6) con il quale viene disposta la ripartizione alle Regioni del Fondo per il gioco d’azzardo patologico come istituito dalla Legge n. 208 del 28/12/2015 detta “Legge di stabilità” (7).

Con la *DGR XI/585 dell’1/10/2018* (1) “Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d’azzardo patologico” Regione Lombardia, attraverso il potenziamento delle risorse umane impegnate anche all’interno degli Istituti Penitenziari (definizione di Sotto Obiettivo Specifico 3.4) permetteva alle ASST di avviare o proseguire attività di diagnosi e cura del GAP negli Istituti Penitenziari, in particolare per i pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze.

Seguiva delibera di rinnovo delle attività con la *DGR XI/3376 del 14/07/2020* (8).

La *DGR XI/4674 del 10/05/2021* (9) – realizzazione terza annualità – prosegue sulle linee di indirizzo e sugli obiettivi del programma di attività per il contrasto al GAP di cui alla *DGR XI/585 dell’1/10/2018* – con assegnazione alle ATS delle risorse da parte di Regione Lombardia.

L’inserimento in un servizio di trattamento residenziale per un progetto, della durata di sei mesi, in struttura accreditata nel sistema delle Dipendenze e convenzionata per la sperimentazione per il contrasto al DGA avviene attraverso *Istruzioni Operative degli inserimenti in Servizi Sperimentali per Disturbo da Gioco d’Azzardo di ATS Bergamo* Dipartimento PIPSS UOC Integrazione Domanda con l’Offerta – Ufficio Dipendenze (10) con lo scopo di valutare la pertinenza delle richieste pervenute e di uniformare le modalità operative e amministrative relative agli inserimenti. Viene lasciata tuttavia “La valutazione dell’appropriatezza dell’inserimento nei servizi residenziali e/o semiresidenziali alla responsabilità dei Ser.D./SMI: a tal proposito risulta determinante un’accurata valutazione effettuata dal servizio rispetto alla congruenza della domanda di accesso che deve essere prioritariamente orientata alla diagnosi di disturbo da GAP come elemento unico o nettamente rilevante in caso siano presenti altri disturbi da addiction o altre comorbidità”.

Tab. 1 - Normativa Nazionale (GAP) – Normativa Regione Lombardia (GAP)

Normativa Nazionale GAP	Normativa Regione Lombardia GAP
Decreto Balduzzi n. 189 8 novembre 2012	DGR 116/2013
Legge n. 208 del 28/12/2015 detta “Legge di stabilità”	DGR XI/585 dell’1/10/2018
DPCM del 6 ottobre 2016	DGR XI/3376 del 14/07/2020
DPCM 2017	DGR XI / 4674 del 10 /05/2021
Decreto 16 luglio 2021, n. 136	

Il Decreto 16 luglio 2021, n. 136 (11) “Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d’azzardo patologico” definisce infine il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per il paziente con DGA.

Disposizione dell’autorità giudiziaria

La procedura veniva attuata in situazione di *urgenza*, in quanto la Corte di Assise d’Appello di Milano, considerato che il soggetto era in carico al Ser.D. per gioco d’azzardo patologico, ha disposto la sostituzione della misura della custodia cautelare in carcere con quella degli arresti domiciliari presso la struttura residenziale accreditata identificata.

Tappe operative della costruzione del progetto sperimentale

Produzione di relazione clinica multidimensionale a cura del Ser.D. carcere con specifica di Piano individualizzato e motivazione all’inserimento.

Produzione di certificazione secondo DSM-5 (12).

Coinvolgimento dei servizi residenziali sperimentali per il Disturbo da Gioco d’Azzardo.

Coinvolgimento del Ser.D. territoriale competente per la continuità terapeutica durante e al termine del trattamento residenziale.

Accertamento da parte dell’Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo della congruenza della richiesta, previa anche consultazione regionale, verifica della copertura economica e produzione di atto deliberativo con cui si è autorizzato l’onere della spesa derivante dall’inserimento.

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) attuato

Assessment, valutazione e diagnosi

Anamnesi positiva per GAP dall’età di 40aa senza tuttavia accessi ai servizi di cura. Riscontro di sindrome ansiosa, insonnia, deflessione del tono dell’umore correlati a difficoltà di adattamento al contesto carcerario.

La valutazione diagnostica multidimensionale escludeva un disturbo da uso di sostanze psicotrope.

Veniva formulata la diagnosi primaria di Disturbo da Gioco d’Azzardo di Grado Grave in ambiente controllato (DSM-5).

Certificazione di Disturbo da Gioco d’Azzardo di Grado Grave in ambiente controllato (DSM-5).

La gravità del Disturbo da Gioco d’Azzardo Patologico è stata valutata attraverso i criteri del DSM5; la raccolta anamnestica dell’addiction e la somministrazione del SOGS hanno completato l’inquadramento diagnostico.

La somministrazione del test online GPQ (Gambling Pathways Questionnaire) (13) ha fatto emergere il profilo Pathway 2 del “giocatore vulnerabile emotivamente” dove il ricorso al gioco generalmente parte dal bisogno più o meno

consapevole di modulare gli stati affettivi o di compensare un disagio psicologico.

Dalla raccolta anamnestica la rete familiare è stata valutata funzionale e adeguata così come la rete sociale.

Il test MMPI (14) non ha fatto emergere quadri clinici patologici.

Preso in carico e stesura del piano terapeutico condiviso con il soggetto

Il trattamento psicoeducazionale a livello individuale ha registrato un buon livello di compliance.

I colloqui motivazionali sono stati effettuati nel contesto gruppeale.

Dal punto di vista clinico era stata valutata nel soggetto una fase motivazionale del tipo cambiamento/azione attraverso la somministrazione del test MAC G; ha inoltre svolto il trattamento gruppeale negli incontri con i Giocatori Anonimi che gli ha permesso di conoscere i rudimenti della filosofia dei 12 passi e di aumentare il livello di motivazione.

Buona risposta al trattamento farmacologico ansiolitico, serotonergico e con stabilizzatore dell'umore.

Obiettivi del percorso di cura

Miglioramento della sintomatologia ansiosa e compliance alla terapia farmacologica prescritta.

Consolidamento della motivazione al trattamento.

Riduzione totale/parziale della quantità di denaro, della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo misurato attraverso scale standard.

Miglioramento del quadro di stress psicopatologico.

Miglioramento delle dinamiche relazionali socio familiari.

Miglioramento del livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete del soggetto.

Riduzione dei danni economici e legali e acquisizione delle competenze di gestione finanziaria.

Miglioramento della qualità della vita valutata con test specifici.

Monitoraggio e verifica finale

Monitoraggio a cura del Ser.D. territorialmente competente a 3 e a 5 mesi e verifica finale al termine dei 6 mesi.

Revisione del caso, interruzione e/o rinnovamento dell'autorizzazione da parte di ATS fino ad un periodo massimo di 18 mesi, oppure proseguimento con trattamento ambulatoriale previa analisi delle risorse disponibili ed acquisizione delle disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

Conclusioni

Il percorso di invio alla struttura residenziale specialistica per Disturbo da Gioco d'Azzardo di paziente in misura alternativa alla pena rappresenta l'obiettivo del lavoro multidimensionale dell'équipe Ser.D. carcere UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo che in mancanza di strumenti diagnostici oggettivi, riconosciuti negli altri ambiti delle di-

pendenze, ha saputo ricorrere a strumenti innovativi psicodiagnostici ad integrazione degli strumenti già disponibili.

Si raggiungeva inoltre l'integrazione tra il servizio privato, che ha visto nascere le strutture residenziali per giocatori patologici e il servizio pubblico con il fondamentale intervento dell'Agenzia di Tutela della Salute competente di Bergamo che ha saputo dare, tramite specifiche istruzioni operative, una risposta tempestiva ad un nuovo percorso non normato su disposizioni urgenti dell'Autorità Giudiziaria.

La stessa Magistratura, nella difficoltà di riconoscere normativamente il beneficio dell'affidamento terapeutico, riconosciuto attualmente solo a "persona tossicodipendente o alcolodipendente", ha compreso la problematica in termini di salute pubblica e autorizzato in tal senso il percorso riabilitativo extracarcerario rispondendo alle attese riabilitative insite nel mandato istituzionale e professionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Regione Lombardia Deliberazione n. XI/585 dell'1/10/2018 "Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico".
- (2) Art. 94 DPR 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (Suppl. Ordinario GU n. 255 del 31/10/1990).
- (3) Decreto Balduzzi n. 189 8 Novembre 2012 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. GU Serie Generale n. 263 del 10/11/2012 suppl. Ordinario n. 201.
- (4) DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (GU Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017).
- (5) DGR X/116 del 14/05/2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale di Regione Lombardia a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili".
- (6) DPCM del 6 ottobre 2016.
- (7) Legge 28/12/2015 n. 208 detta "Legge di stabilità 2016". Gazz. Uff., 30 dicembre 2015, n. 302.
- (8) DGR XI/3376 del 14/07/2020 realizzazione seconda annualità del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR n. 585 dell'1/10/2018. Riparto e assegnazione alle Agenzie di Tutela della Salute delle risorse di cui al decreto del ministro della salute del 7/12/2017.
- (9) DGR XI/4674 del 10/05/2021 Realizzazione terza annualità del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico (GAP) di cui alla DGR XI/585 dell'1/10/2018 – riparto e assegnazione alle agenzie di tutela della salute (ATS) delle risorse anno 2018 di cui al decreto del ministro della salute del 26 ottobre 2018.
- (10) Istruzioni Operative Inserimenti in Servizi Sperimentali per il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGR XI/585 dell'1/10/2018) – ATS Bergamo UOC integrazione della domanda con l'Offerta – Dipartimento PIPSS ufficio Dipendenze.
- (11) Decreto 16 luglio 2021, n. 136 "Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico" (GU n. 238 del 5/10/2021).
- (12) *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - American Psychiatric Association.
- (13) Casciani O., Primi C. (2021). *Gambling Pathway Questionnaire (GPQ) Manuale d'uso per il clinico*. Publishedit.
- (14) Abbate L., Roma P. (2014). *MMPI-2 - Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Raffaello Cortina.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IX, n. 35

MISSION n. 59

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

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

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

“Sodio oxibato per il mantenimento della astinenza in pazienti alcol dipendenti: un trial internazionale, multicentrico, randomizzato, doppio cieco, controllato con placebo”, di Julien Guiraud *et al.*

Commento a cura di *Alfio Lucchini**

L'articolo scientifico, pubblicato dal Journal of Psychofarmacology, 1-10, 2022, ha come primo autore Julien Guiraud e tra gli studiosi italiani Giovanni Addolorato, Mariangela Antonelli, Roberto Cacciaglia, Fabio Caputo, Anna Ferrulli, Icro Maremmanni, Claudia Rondo, Lorenzo Somaini, Gabriele A. Vassallo.

Il Sodio Oxibato (SMO) si è dimostrato efficace nel mantenimento dell'astinenza nei pazienti dipendenti da alcol in piccoli studi.

Si è cercato una conferma con un ampio studio che indagasse l'effetto del trattamento e la sua persistenza dopo la sospensione del farmaco.

Si è prodotto uno studio in doppio cieco, randomizzato e controllato con placebo in pazienti ambulatoriali adulti, disintossicati e dipendenti dall'alcol (80% uomini) provenienti da 11 centri in quattro Paesi europei. I pazienti sono stati randomizzati a 6 mesi di SMO (3,3-3,9 g/die) o placebo, seguiti da un periodo di 6 mesi senza farmaci.

L'outcome primario era la durata cumulativa dell'astinenza (CAD) durante il periodo di trattamento di 6 mesi, definita come il numero di giorni senza consumo di alcol.

Gli outcome secondari invece includevano la CAD durante il periodo di studio di 12 mesi.

Dei 314 pazienti dipendenti dall'alcol randomizzati, 154 hanno ricevuto SMO e 160 hanno ricevuto placebo. In base all'analisi di varianza a due vie a effetti fissi pre-specificati, che includeva l'interazione trattamento-centro, SMO ha mostrato un'efficacia nella CAD durante il periodo di trattamento di 6 mesi: differenza media + 43,1 giorni, intervallo di confidenza 95% (17,6 – 68,5; $p = 0,001$).

È stata identificata una significativa eterogeneità dell'effetto tra i centri e una dimensione diseguale del campione tra i centri ($n = 3 - 66$), per cui è stata eseguita una metanalisi casuale a livello di centro, con risultati a sostegno dell'analisi pre-specificata: differenza media + 32,4 giorni, $p = 0,014$.

L'effetto di SMO si è mantenuto durante il periodo di follow-up senza farmaci.

SMO è stato ben tollerato.

I risultati di questo ampio studio in pazienti dipendenti dall'alcol hanno dimostrato un effetto significativo e clinicamente rilevante di Sodio Oxibato sulla Durata Cumulativa dell'Astinenza.

* *Direttore scientifico di Mission.*

Da luglio 2001 a marzo 2011, 320 soggetti sono stati sottoposti a screening e 314 partecipanti sono stati inclusi nella popolazione dello studio, 154 sono stati randomizzati a ricevere SMO e 160 a ricevere placebo. Un totale di 182 dei 314 pazienti randomizzati (58,0%) non ha completato la fase di trattamento di 6 mesi.

I tassi di non completamento sono stati inferiori nel gruppo SMO rispetto al gruppo placebo sia alla fine del trattamento (52% vs 64%) sia alla fine del periodo di studio (74% vs 81%).

Non sono state rilevate differenze clinicamente rilevanti nelle caratteristiche demografiche o cliniche di riferimento tra i due gruppi.

Discussione

SMO in precedenza ha dimostrato efficacia nel mantenimento dell'astinenza in studi a breve termine (Caputo *et al.*, 2003, 2007; Gallimberti *et al.*, 1992; Guiraud *et al.*, 2021; Leone *et al.*, 2010; van den Brink *et al.*, 2018).

Questo studio in doppio cieco controllato con placebo ha confermato questi risultati, mostrando un effetto statisticamente significativo e clinicamente rilevante di SMO nel modello a effetti fissi pre-specificato dell'endpoint primario, CAD durante il trattamento di 6 mesi con una differenza media di +43 giorni.

Inoltre, l'effetto SMO in termini di CAD era ancora presente alla fine del periodo di osservazione di 12 mesi.

L'effetto del trattamento stimato tra i centri variava da -16 giorni a +130 giorni di CAD ed è stata identificata una potenziale interazione centro-trattamento, che suggerisce l'eterogeneità dell'effetto del trattamento.

I risultati hanno mostrato stime puntuali dell'effetto del trattamento coerenti con quelle dell'ANOVA a due vie a effetto fisso e hanno indicato un'importante eterogeneità dell'effetto del trattamento tra i vari centri.

L'eterogeneità dell'effetto di SMO nel mantenimento dell'astinenza è stata osservata anche in precedenti studi su SMO, con una dimensione dell'effetto maggiore in popolazioni di pazienti con un tasso di risposta al placebo più basso (Guiraud *et al.*, 2021; van den Brink *et al.*, 2018).

Questa eterogeneità nell'efficacia non è specifica del trattamento della dipendenza da alcol con SMO.

In una metanalisi di 51 studi per l'AD (dipendenza da alcol), la variabilità delle dimensioni dell'effetto di acamprosato e naltrexone tra gli studi era sostanziale e le stime dell'effetto del trattamento erano significativamente correlate negativamente con la risposta al placebo nella popolazione in studio (Litten *et al.*, 2013).

Nello studio attuale, la risposta al placebo in termini di CAD (media di 73 giorni a livello di studio) è sta-

ta superiore alle aspettative (40-50 giorni) e l'effetto del trattamento è stato correlato negativamente con la risposta al placebo a livello di centro: minore è la risposta al placebo, maggiore è l'effetto del trattamento nel centro.

Sebbene questo risultato post-hoc debba essere interpretato con cautela, è importante studiare ulteriormente i moderatori dell'effetto del trattamento SMO e i predittori della risposta al placebo.

Ad esempio, recenti analisi di sottogruppo di studi e una meta regressione di 19 studi hanno rilevato risposte al placebo più elevate nei pazienti affetti da AD con più di 14 giorni consecutivi di astinenza prima della randomizzazione (Gueorguieva *et al.*, 2011, 2012; Scherrer *et al.*, 2021; van den Brink *et al.*, 2018).

Nello studio GATE 2 sono stati inclusi solo pazienti con un periodo di disintossicazione di almeno 20 giorni e questo potrebbe spiegare la risposta relativamente alta al placebo a livello di studio.

Vi è una convergenza di evidenze secondo cui la durata dell'astinenza prima dell'inizio del trattamento e/o il consumo di alcol di riferimento potrebbero essere moderatori dell'effetto dello SMO nell'AD (Guiraud *et al.*, 2021; Scherrer *et al.*, 2021; van den Brink *et al.*, 2018).

In questo studio non sono stati raccolti questi dati di riferimento.

Siamo consapevoli che anche altri sottogruppi, ad esempio, in base alle caratteristiche genetiche, neurobiologiche e ad altre caratteristiche cliniche, potrebbero essere importanti come predittori dell'effetto del trattamento con SMO.

Essi rappresentano dei fattori decisivi per il decorso, la terapia e l'outcome (Lesch *et al.*, 2020).

È interessante notare che SMO in precedenza ha dimostrato efficacia con effetto molto elevato nei pazienti affetti da AD resistenti al trattamento (Maremmanni *et al.*, 2001) e anche in studi condotti in popolazioni ad alta gravità, cioè in popolazioni di pazienti con un tasso di risposta basso al placebo (van den Brink *et al.*, 2018).

Di conseguenza, in Italia, SMO è stato approvato per il mantenimento dell'astinenza solo nei pazienti affetti da AD resistenti al trattamento.

Il presente studio ha inoltre mostrato un effetto sostenuto di SMO su CAD 6 mesi dopo l'interruzione del trattamento.

L'effetto del trattamento in CAD era superiore alla fine del periodo di studio rispetto alla fine del periodo di trattamento ed era clinicamente rilevante.

La durata del periodo di follow-up negli studi per il trattamento dell'AD è ancora dibattuta nella comunità scientifica e tra le agenzie regolatorie.

Sulla base dei dati che indicano che l'astinenza a 6 mesi si è dimostrata un predittore dell'astinenza a lungo termine, la Food and Drug Administration statunitense (2015) non richiede alcun periodo di follow-up specifico negli studi di conferma per l'AD.

D'altra parte, alcuni ricercatori ritenevano che le valutazioni post-trattamento dovessero includere almeno 12 settimane di osservazione (Rösner *et al.*, 2010b), mentre l'Agenzia Europea dei Medicinali raccomanda un follow-up di 12-15 mesi (Agenzia Europea dei Medicinali, 2010).

La CAD non è più l'endpoint primario raccomandato dalle linee guida europee per gli studi sul mantenimento dell'astinenza.

Tuttavia, la CAD misura le differenze nel CAR, l'attuale endpoint primario raccomandato dalle linee guida europee.

Nel GATE 2, l'effetto benefico statisticamente significativo di SMO nella CAD è spiegato da un CAR numericamente più elevato e da una maggiore durata dell'astinenza nei pazienti recidivanti.

I tassi di abbandono nel presente studio sono stati elevati, ma coerenti con quelli comunemente osservati negli studi sull'AD e con quelli degli studi utilizzati per stabilire l'efficacia dei composti approvati nel trattamento dell'AD (Agenzia Europea dei Medicinali, 2012; Nice, 2011).

Inoltre, gli abbandoni venivano considerati come giorni di consumo di alcol/fallimenti nella CAD e nel CAR.

Inoltre, un'analisi di sensibilità sull'endpoint primario utilizzando l'imputazione multipla e un modello a effetti fissi ha supportato i risultati dell'analisi pre-specificata dell'endpoint primario.

Purtroppo, il valore t^2 stimato è risultato negativo nella metanalisi a effetti casuali a livello di centro, il che indica che l'analisi di sensibilità non era possibile con questo tipo di analisi e insieme di dati.

Non è stata riscontrata alcuna differenza tra i gruppi in trattamento per quanto riguarda GGT e MCV alla fine del trattamento.

Tuttavia, i valori GGT e MCV erano quasi normali al basale, probabilmente a seguito del lungo periodo di disintossicazione (20 giorni), che lasciava poco spazio per un miglioramento durante la fase di trattamento.

Gli 11 centri partecipanti a questo studio (in quattro paesi europei) sono stati aperti quasi in sequenza con una durata media di reclutamento di 1,5 anni per centro, il che spiega la durata del reclutamento di 10 anni.

Solo sei pazienti erano stati valutati idonei e poi esclusi dallo studio.

Ciò si spiega principalmente con il fatto che lo studio GATE 2 è stato condotto in concomitanza e negli stessi centri dello studio GATE 1, che ha testato l'equivalenza di SMO e oxazepam per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol e nel quale 454 soggetti sono

stati sottoposti a screening e 128 randomizzati (Caputo *et al.*, 2014).

Poiché soddisfacevano i criteri di inclusione di GATE 2, i partecipanti che erano riusciti a disintossicarsi con SMO o oxazepam e che avevano completato il periodo di studio di 20 giorni nello studio GATE 1 sono stati invitati a partecipare allo studio GATE 2.

Tuttavia, la randomizzazione era stratificata per centro e lo sponsor, gli sperimentatori e i pazienti sono rimasti all'oscuro sull'assegnazione del trattamento durante l'intero periodo di studio di 12 mesi e lo sblocco è avvenuto solo dopo che gli ultimi pazienti dell'ultimo centro hanno completato lo studio.

Poiché i pazienti e gli sperimentatori sono rimasti all'oscuro sull'assegnazione del trattamento durante il periodo di studio sia nel GATE 1 che nel GATE 2, non ci aspettiamo alcun serio rischio di errore nei risultati del GATE 2 derivante dal reclutamento di pazienti disintossicati con SMO.

Inoltre, poiché i criteri di partecipazione erano più severi nel GATE 1, sono stati invitati a partecipare allo studio GATE 2 anche i pazienti che soddisfacevano i criteri di inclusione del GATE 2 ma che erano stati esclusi dallo studio GATE 1, ad esempio per la mancanza di una sindrome da astinenza da alcol moderata o grave.

Il profilo degli eventi avversi era quello previsto dai dati di farmacovigilanza e dagli studi clinici pubblicati in precedenza (Addolorato *et al.*, 2020) e riflette il profilo farmacologico di SMO.

Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi nell'incidenza degli AE.

Gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono stati quelli sul sistema nervoso (vertigini) e sull'apparato gastrointestinale (nausea).

Non è stata rilevata alcuna differenza nel craving del farmaco in studio tra i gruppi in trattamento, il che suggerisce un basso rischio di abuso e dipendenza da SMO nella popolazione in studio.

È stato riportato un decesso (assassinato) ma non è stato considerato correlato al farmaco in studio. Complessivamente, SMO è stato ben tollerato.

In conclusione, SMO ha dimostrato un'efficacia nella CAD durante il periodo di trattamento di 6 mesi in questo studio in doppio cieco.

L'attuale studio conferma l'efficacia e la sicurezza di SMO nel trattamento della dipendenza da alcol riportata in precedenti studi e nel database di farmacovigilanza, specialmente per le popolazioni di pazienti con un tasso di risposta basso al placebo.

In questo sottogruppo di pazienti con dipendenza da alcol grave, sono necessari maggiori dati per supportare ulteriormente l'effetto clinicamente rilevante di SMO.

Si rimanda alla pubblicazione originale per una attenta analisi dei metodi e dei risultati.

Un programma intensivo e breve rivolto alle donne con disturbo da uso di alcol (DUA): un'esperienza di integrazione residenziale-ambulatoriale e pubblico-privato sociale a Firenze

Laura Calviani*, Marianna Galaverni^o, Luca Maggiorelli[^], Ilaria Magini**,
Benedetta Moschitta^{ooo}, Bianca Pananti^{ooo}, Stecchini Donatella***,
Maria Grazia Torrenti^{oooo}, Iozzi Adriana****

Introduzione

Il programma intensivo residenziale per donne alcol-dipendenti nasce come progetto finanziato dalla Regione Toscana (fondi CEART) e come iniziativa che vede l'azione integrata di Azienda Sanitaria Toscana Centro-Firenze (Pubblico) con l'Associazione Arcobaleno di Firenze (Privato sociale).

Il concetto di residenzialità breve nasce intorno agli anni 2000 come evoluzione del concetto di comunità di vita fondata sull'idea che la vita stessa comunitaria attraverso l'interazione continua tra utenti e personale rappresentava lo strumento del cambiamento.

Successivamente, a causa del cambiamento dell'utenza, delle sue caratteristiche socio-familiari e delle modalità di addiction ha reso necessaria la costituzione di tipologie di programmi diversi più brevi e in collegamento stretto con il territorio.

Quindi una comunità non più totalizzante ma che si confronti con i Servizi ed i gruppi di Auto-Aiuto, rivolta a soggetti non ancora deteriorati dal punto di vista sociale e personale.

* Dirigente medico, Referente Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^o Assistente Sociale ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

[^] Responsabile programma ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

** Educatrice Professionale Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^{ooo} Educatrice Professionale ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

^{oooo} Psicologa-Psicoterapeuta ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

*** Infermiera professionale Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^{oooo} Istruttrice di yoga ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

**** Direttrice UFS Ser.D. C-UFC Ser.D. Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

Analizzando la letteratura inoltre vediamo come, mentre non sembra esserci differenza per quanto riguarda gli esiti nel lungo termine tra trattamento ambulatoriale e residenziale, sembra invece mostrare risultati interessanti il trattamento residenziale ed ambulatoriale rispetto al trattamento solo ambulatoriale.

Il nostro progetto si inserisce dunque in questo filone e nasce, rivolto esclusivamente agli uomini alcolodipendenti, nel 2014.

Dati gli esiti efficaci, negli anni era aumentata progressivamente la richiesta di un analogo intervento intensivo e breve indirizzato alle donne.

Cause logistiche e di organizzazione non consentivano l'inserimento di donne nella stessa struttura residenziale e, in aggiunta, precedenti esperienze residenziali a carattere misto tra i due generi, avevano generato difficoltà per la gestione di rapporti preferenziali che si venivano a creare e che, distogliendo l'attenzione dall'obiettivo del recovery, soprattutto nel contesto di un periodo residenziale così breve, avrebbero inficiato il programma stesso.

In realtà durante la progettazione di un programma indirizzato alle donne, l'équipe dedicata sviluppò progressivamente la consapevolezza sulle nuove opportunità che, invece, un programma rivolto ai DUA al femminile poteva riservare.

Spesso ci siamo chiesti se l'approfondimento della Medicina di genere che vede coinvolti ormai tanti operatori ed operatrici sanitari/e non meritasse di essere allargato anche per quanto riguardava i DUA. Infatti non tenere conto delle differenze di genere anche nell'ambito delle Dipendenze rischia, al solito, di rendere questo campo differente rispetto ad altri campi della sanità e di privarlo della dignità che invece gli compete.

E in effetti l'esperienza del progetto residenziale rivolto alle donne ci ha confermato che le nostre ipotesi erano corrette: le differenze ci sono, eccome: sia nella manifestazione della malattia in acuto e in cronico, sia nella sua storia naturale, nelle patologie correlate

e nella loro relativa sorveglianza. Da qui l'esigenza di valutare parametri trattamentali diversi, di dedicare programmi residenziali mirati alla specificità di genere e specifici programmi di prevenzione delle ricadute. Quanto sopra in realtà è quello che fanno tutti i servizi che si occupano di dipendenze: individualizzare i programmi, cioè modellarli sulla base delle caratteristiche individuali del paziente. Ma ancora mostriamo timidezza ad autorizzarci alla strutturazione teorica di un programma differenziato per il genere femminile rispetto ai programmi standardizzati e che, per forza di cose, sono stati sempre costruiti su esigenze prevalentemente maschili essendo gli uomini dipendenti in numero almeno triplo rispetto alle donne affette da dipendenza.

Le fasi del programma

Il programma si articola in 3 fasi.

I fase - Semiresidenziale

Prevede l'inserimento presso il Centro di Osservazione e Diagnosi semiresidenziale "La Fortezza" del Servizio Alcolologico UFS Ser.D. C, Firenze.

Durante questa fase, della durata di quattro settimane, l'équipe multidisciplinare accoglie la paziente e provvede alla:

1. disintossicazione fisica e al ricompensamento alcolologico attraverso l'utilizzo di presidi farmacologici atti a curare o prevenire la SAA e/o ad alleviare il craving. Inoltre sono previsti anche trattamenti farmacologici a supporto del distress causato dall'iniziale allontanamento dalla sostanza.

Infine vengono effettuati una serie di accertamenti sulla base della valutazione clinica orientati a diagnosticare eventuali patologie organiche;

2. misurazione e valutazione della motivazione al trattamento attraverso la somministrazione di questionari specifici (MAC);
3. counselling quotidiano sul craving e sulle modalità di fronteggiamento. La frequenza del Centro Diurno spesso rappresenta la prima occasione per concentrarsi su di sé e per cominciare a darsi valore, spazio, tempo.

L'iniziale affrancamento dalla sostanza viene sostenuto attraverso attività prevalentemente gruppali che si avvalgono di strumenti cognitivi quali un approccio teorico-educativo all'addiction grazie al quale è possibile comprendere i meccanismi che si ripetono e modificarli, l'utilizzo di cineforum focalizzato sul tema, il confronto e la condivisione con donne alcoliste in fase di recovery, attività che favoriscono il "rispecchiamento" e l'attivazione della corteccia orbitofrontale che, come è noto, rappresenta un elemento imprescindibile per la gestione degli impulsi.

Le pazienti vengono dunque accompagnate nell'individuazione del legame con la sostanza e come questa venga vissuta come necessaria per rimanere nel contesto quotidiano.

Il passaggio attraverso il corpo è un'attività imprescindibile per un programma rivolto alle donne che più degli uomini utilizzano il corpo come strumento di comunicazione e come contenitore di emozioni confuse e non elaborate e portatrici di sintomi.

L'attività di percezione corporea istruisce sull'attenzione al respiro come strumento per regolare l'arousal, alla postura, al radicamento a terra, alla percezione dei movimenti nello spazio.

L'attività sul corpo così come quelle sopraindicate saranno riprese ed approfondite nella successiva fase residenziale.

Durante le quattro settimane viene effettuata una iniziale valutazione psicodiagnostica che prevede tre colloqui e si avvale di questionari come l' ABQ-Addictive Behaviour Questionnaire (questionario di autovalutazione sulle dipendenze con focus specifico su alcolismo, gioco d'azzardo patologico, internet addiction) e il PID-5, inventario di personalità riferito al DSM-5.

Attraverso questi strumenti l'équipe compie la valutazione necessaria per la fase successiva, e si iniziano a costruire i primi macro-obiettivi di quest'ultima: l'individuazione e la ricostruzione di una rete socio-familiare ed il collegamento con i gruppi di auto-aiuto territoriali.

È già dal Centro Diurno Alcolologico che infatti, a seconda delle caratteristiche della paziente, viene individuato per lei il gruppo territoriale di riferimento: Alcolisti Anonimi o il Club Alcolisti in Trattamento.

II fase - La residenzialità vera e propria

Della durata di quattro mesi prorogabile fino a sei, che si svolge in una struttura ubicata a Borgo San Lorenzo, in provincia di Firenze, e che può ospitare fino ad un massimo di quattro donne.

L'équipe multidisciplinare dedicata è composta da educatori, assistente sociale, psicologa, insegnante di yoga e da una rete di volontarie.

– Attività educative-riabilitative

Le attività quotidiane come la cura e la condivisione degli spazi offrono la possibilità di osservare le utenti e restituire loro le riflessioni emerse.

Nella convivenza le dinamiche tra le donne ospiti vengono messe in evidenza nelle loro criticità e in particolare modo emerge una tendenza a polarizzare i vari aspetti della quotidianità.

Si concentra dunque l'attenzione su alcune aree particolarmente sensibili in cui le donne possono tra loro rispecchiarsi uscendo dalla dinamica duale giusto/sbagliato, buono/cattivo, vero/falso promuovendo l'ampliamento degli orizzonti di pensiero.

Il lavoro riabilitativo all'interno del percorso si focalizza su alcune aree caratteristiche come la gestione del tempo, della cura di sé e della propria persona, l'attenzione alle relazioni interpersonali (sia all'interno che all'esterno dell'appartamento).

La cura delle relazioni è infatti di fondamentale importanza per le donne. La limitazione dello spazio fisico e il numero contenuto delle utenti gioca un ruolo interessante nello scegliere le attività da svolgere.

Inoltre consente un dialogo aperto con la libertà di presentare proposte operative improntate sulla creatività, le abilità e le inclinazioni personali (pittura, collage, danza, teatro) che divengono oggetto di rielaborazione con gli operatori attraverso un processo di bottom-up, ma anche lavori manuali quali maglia e uncinetto, cura delle piante, preparazioni di ricette culinarie, utili per la loro capacità di modulare gli stati di iperarousal, che soprattutto all'inizio, a causa dell'astinenza protratta e/o del craving vero e proprio, possono rappresentare motivo di crisi o addirittura di interruzione del programma.

Le attività "top-down sono rappresentate da un gruppo alcolico quotidiano condotto dagli educatori durante il quale si approfondiscono i rapporti con la sostanza, gli "atteggiamenti alcolici", sia individuali che con i familiari e dal cineforum focalizzato sulla tematica delle dipendenze.

– Lo yoga

Riprende e approfondisce il concetto di lavoro sul corpo.

Van Der Kolk sostiene che se non si è consapevoli dei bisogni del corpo, non si può prendersene cura. Se non si sente la fame, non ci si può nutrire, se si scambia l'ansia per fame si può mangiare troppo; e che se non ci si sente sazi, si continua a mangiare.

Gli stati emotivi sono impressi nel profilo chimico del corpo.

Le pazienti con problematiche di alcolismo e in generale di dipendenza hanno bisogno di imparare che possono tollerare le loro sensazioni, di farsi amiche le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione.

Essendo un importante strumento di sblocco emotivo è necessario iniziare lentamente.

Infatti le prime sedute prevedono passeggiate all'esterno per esercitare il respiro e prendere confidenza con le sensazioni. Successivamente vengono affrontate le varie posizioni incoraggiando a notare una qualsiasi tensione e anticipando per quanto tempo tale posizione sarà mantenuta.

Nello yoga dunque si impara che le sensazioni aumentano, fino a raggiungere un picco, e poi decrescono: come succede per il craving.

Il corpo istruirà la mente su questo e renderà l'esperienza rassicurante.

– L'attività psicoterapeutica

È una psicoterapia sia individuale che di gruppo ad orientamento psicodinamico.

Accanto al colloquio clinico nel quale si analizzano le dinamiche della dipendenza da alcol, si affiancano altre tecniche psicologiche: la scrittura autobiografica per la ricostruzione della storia alcolica familiare ed individuale, il photo language, un lavoro con le immagini finalizzato all'elaborazione del trauma e alla desensibilizzazione nei confronti della dipendenza, del role-playing per esercitare le capacità interrelazionali, esercizi di psicodramma moreniano per attivare i ruoli e contro-ruoli interpersonali.

Premesso che l'approccio psicologico promosso è sempre finalizzato all'unicità dell'individuo, nel contesto della cura dell'alcol non possiamo non considerare le caratteristiche simboliche dell'appartenenza al genere femminile.

I colloqui sono finalizzati alla rielaborazione dell'esperienza individuale con un focus particolare sull'alcol e su come la sostanza abbia danneggiato o non permesso il percorso di evoluzione personale. Il ruolo sociale della donna è costellato di stereotipi di genere con cui doversi confrontare che presuppongono una struttura dell'Io integra e consolidata nel tempo.

Le pazienti alcoliste riportano spesso esperienze di vita invalidanti in cui l'alcol ha avuto la funzione di stampella per poi divenire l'unico elemento di tipo affettivo ed emotivo di autosostegno.

Nella maggioranza dei casi, il ricorrere al consumo di alcol viene narrato dalle utenti come un sollievo dai grandi carichi emotivi/traumatici dell'esistenza.

Dall'ascolto delle storie nasce l'esigenza di approfondire l'esperienza al femminile e di come essa possa rappresentare uno spunto di arricchimento, anziché di negazione o omologazione alla cura del DUA.

Nel corso della nostra osservazione sono emersi temi di comunanza e reciprocità nelle esperienze vissute.

Come è noto l'alcolismo al femminile viene agito perlopiù in solitudine e porta con sé un carattere di vergogna sociale e colpevolizzazione ben più spiccata rispetto alla media maschile.

Viene posta attenzione sulla gestione della rabbia, che nelle donne si manifesta con aspetti di "sabotaggio" della propria vita e di quelle vicine e sulla richiesta di aiuto, che, anche in questo caso, risente molto dello stigma che il binomio donna-alcol si porta dietro.

Il concentrarsi su questi argomenti permette la messa in discussione di una esistenza il più delle volte spesa in doveri sociali non corrispondenti all'autenticità dei propri bisogni.

Il fine ultimo di questo processo è la riattivazione dei desideri personali e la conseguente ristrutturazione organizzativa della propria realtà una volta uscite dalla fase residenziale.

Il focus clinico di questo lavoro risiede nel disinnescare i meccanismi sottostanti e nascosti della dipendenza

da alcol al fine di rinforzare la propria identità di persona capace nei diversi contesti di vita.

Tale capacità si declina nell'emanciparsi dalla dipendenza e nel ricostruire una vita basata sulla sobrietà e sul concetto di responsabilità tradotta operativamente come abilità a rispondere alle problematiche della vita, per uscire dal concetto interiorizzato di colpa/vittimizzazione.

– Attività di mappatura sociale

Per le pazienti rappresenta un momento prezioso per focalizzare la propria situazione di vita personale, relazionale, lavorativa e di tutte quelle dimensioni e sistemi che le circondano e delle quali hanno perso la capacità di gestione.

Il lavoro di mappatura sociale mira ad aiutare la persona a divenire consapevole, con il dovuto supporto e sostegno, dei propri bisogni e delle proprie criticità nell'ambito della rete sociale e, dove necessario, intervenire per l'attivazione delle risorse ambientali carenti.

In questa direzione si concentrano i colloqui con l'operatore di rete: una volta a settimana avviene il colloquio con l'utente nel quale si ricostruisce il quadro di sistemi e relazioni che circondano la persona prima dell'ingresso in comunità.

Lo strumento utilizzato è l'ecomappa: ovvero uno schema grafico rappresentante la rete sociale, i vari sistemi (relazioni e organismi) che gravitano intorno alla persona.

Il sistema classifica in "reti primarie" quali la famiglia, il lavoro, le relazioni affettive, di amicizia e il vicinato, che sono le relazioni più intime e vicine alla persona; le "reti secondarie" che si distinguono a loro volta in reti formali, (i servizi pubblici e istituzioni territoriali di sostegno e assistenza), e reti informali, (la parrocchia, i gruppi di auto aiuto, il volontariato). Una volta ricostruita la rete sociale, viene fatto un colloquio di restituzione con la paziente stessa. Lo scopo è quello di individuare i punti di forza e le carenze e cosa sarebbe necessario attivare per far sì che la rete funzioni.

Il lavoro successivo di coordinamento e organizzazione viene portato avanti insieme agli operatori del Ser.D. inviante e ad operatori del privato sociale per eventuali inserimenti lavorativi o di sostegno alla formazione professionale o per la gestione del tempo libero.

– Gruppi di auto aiuto

Trattandosi di un percorso breve, già dal secondo mese inizia la frequenza del gruppo di auto aiuto individuato (AA, CAT).

In genere, se possibile, si preferisce che la frequenza avvenga sul territorio che sarà quello di competenza della paziente stessa, dove rientrerà al termine del residenziale.

Iniziando così precocemente si stabilisce sin da subito un ponte di collegamento con l'elemento che rappre-

senta insieme ad altri un fattore prognostico positivo per il mantenimento della sobrietà.

Anche i familiari vengono invitati a partecipare al gruppo insieme alle pazienti se si tratta di CAT o in autonomia se si tratta di AA anon.

– Rete di volontariato

Si tratta di un gruppo di persone, prevalentemente donne, che fanno parte dell'associazione e che hanno dato la loro disponibilità per delle attività ricreative con le pazienti durante il fine settimana, sia nella struttura che all'esterno.

Fa parte di questa rete anche un medico (donna) che conduce dei gruppi monotematici.

III fase - Il follow up

Della durata di sei mesi, che viene costruito in stretto raccordo con il servizio alcologico inviante. La mappatura della rete sociale effettuata durante la residenzialità viene adesso utilizzata per creare una serie di collegamenti territoriali necessari al programma di prevenzione delle ricadute: la ripresa o la costruzione di una attività lavorativa, la frequenza ai gruppi di auto-auto, la valorizzazione di risorse familiari e amicali.

Durante il follow up le pazienti hanno appuntamenti costanti di verifica con gli operatori, sia individuali che insieme ai familiari, proseguono il sostegno psicologico, mantengono il monitoraggio al Ser.D. inviante. Fondamentale in tutti i sei mesi successivi anche i periodici incontri di gruppo che vengono effettuati in struttura insieme alle altre donne che hanno precedentemente concluso il programma.

Le pazienti trovano molto utile e arricchente questo aspetto, anche a distanza di mesi dalla conclusione, in quanto richiama loro il senso di appartenenza a momenti di forte cambiamento e di trasformazione la cui condivisione con chi li ha vissuti rinnova la motivazione e la determinazione.

Risultati

Da ottobre 2019 hanno fatto l'ingresso in prima fase n° 18 donne, età media 51 anni (range 72-37). Tutte (18) sono passate alla fase 2 residenziale.

Hanno completato la fase 2 n. 13 (72%).

Hanno completato la fase 3 n. 11 (61%).

Sono rimaste completamente astinenti dall'alcol a 1 anno dalla conclusione del programma su 11 valutabili perché hanno completato n. 8, quindi il 72%.

Questi valori sono sovrapponibili ai risultati sugli esiti dei programmi residenziali a lungo termine, per quanto questo tipo di dati sia abbastanza scarno in letteratura.

Tab. 1

Risultati	Fase 1 Centro diurno	Fase 2 Residen- ziale e completata	Fase 3 Follow-up completata	Comple- tamento percorso	Mante- nimento astensione a 1 anno
N. donne	18	13 (72%)	11 (61%)	11 (61%)	8 (72%)

Riflessioni

1. La collaborazione pubblico/privato rappresenta un'occasione di crescita. laddove i know how dei due enti si possono integrare e valorizzare vicendevolmente in uno scambio di competenze ed esperienze.
2. La stretta correlazione con il territorio (gruppi di auto aiuto, gruppi di volontariato, mantenimento del rapporto con il Ser.D. inviante, mantenimento del MMG) permette di mantenere e implementare l'integrazione con il territorio, e fornisce il supporto necessario ad un programma breve che però non riduca la propria efficacia.
3. L'attenzione alla specificità di genere permette l'individuazione di programmi adeguati e questo si manifesta con una ritenzione nel programma che è alta.

La brevità del percorso residenziale favorisce l'accesso alle donne che spesso sono limitate da questo tipo di scelta dai compiti familiari.

4. L'età media (51 anni) delle pazienti ospiti ci mostra che, se le donne trovano un contesto nel quale potersi affidare, sono in grado di fare una trasformazione importante, anche in età matura.

Ma al tempo stesso ci segnala che, a causa forse dei compiti familiari strettamente legati al genere, solo

in età più avanzata le donne si concedono la possibilità di dedicarsi spazi di tempo e luogo.

In questo modo però la malattia procede, con aumento dell'incidenza delle patologie alcolcorrelate oltre ad un peggioramento dell'intossicazione del sistema familiare che riguarda in particolare il rapporto con i figli che crescono in un contesto familiare disfunzionale.

5. Le consuetudini culturali, anche degli operatori, legati alla figura della donna e ai suoi compiti sociali, sono ancora molto forti.

È più comune che una paziente classificabile come Cloninger 1, venga seguita in ambulatorio proprio per permetterle di coniugare la cura, la famiglia e il lavoro anche se spesso è proprio questo mancato riconoscimento dei bisogni personali alla base del mantenimento del ciclo patologico.

Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi.
- Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E. (2009). I programmi residenziali brevi. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 65: 39-46.
- Cerizza G., Cibin M., Hinnenthal I. et al. (2008). La residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica. *Mission*, 27: 27-31.
- Cloninger C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science*, 236: 410-6.
- Frank R. (2007). *Il corpo consapevole*. Milano: FrancoAngeli.
- Guerreschi C. (2000). Comunità terapeutiche e strutture intermedie, cap. 47. In Allamani A. et al., *Il libro italiano di alcologia*. SEE-Firenze.
- Hinnenthal I., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo Seed*.
- Ogden P., Mintonk Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di terapia sensomotoria*. Istituto di Scienze Cognitive Editori.
- Van Der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina.

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



📄 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

Pensare la cura: modello di intervento nella presa in carico psicoterapeutica di pazienti con patologie di addiction. Un trattamento combinato con EMDR e Mindfulness

Marzia Rovetta*

SUMMARY

■ *In this work is presented a framework of reading and therapy “sensitive to attachment” of addiction disorders proposed in the clinics of the Ser.D. of Bergamo.*

This approach arises from the integration between the constructivist intersubjective therapy model and other psychotherapeutic techniques (EMDR, mindfulness). ■

Keywords: *Ser.D., Reading and therapy sensitive to attachment, Constructivist intersubjective therapy, EMDR, Mindfulness.*

Parole chiave: *Ser.D., Lettura e terapia sensibile all’attaccamento, Terapia intersoggettivo costruttivista, EMDR, Mindfulness.*

Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 10/01/2023, pubblicato online: 15/02/2023

La nostra esperienza clinica nel settore delle dipendenze patologiche ci conferma che, come ben evidenziato dalla letteratura (studio ACE di Felitti, 2013), i pazienti sono spesso individui traumatizzati (neglect, abusi, violenza subita o assistita, situazioni familiari e sociali multiproblematiche) che hanno trovato nelle sostanze o nei comportamenti di addiction modalità “efficaci” per gestire sensazioni altrimenti percepite come ingestibili e soverchianti.

Nelle storie di queste persone, cresciute spesso in ambienti familiari instabili o disgregati, i bisogni di attaccamento precoci non sono stati soddisfatti con il risultato che, in parte o del tutto privi della capacità di mentalizzare, di sviluppare un senso di sicurezza e di autoregolarsi dal punto di vista emotivo, si rivolgono alle sostanze in un disfunzionale tentativo di autocura.

Il comportamento additivo si prefigura quindi, in alcuni individui, come una strategia di coping/fronteggiamento di vissuti traumatici infantili che il soggetto contrasta ritirandosi in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ordinaria.

Il trauma in età precoce, sia puntuale che cronico, determina una vulnerabilità all’insorgenza di una psicopatologia, vulnerabilità che può manifestarsi attraverso i comportamenti di addiction. Tale vulnerabilità neurobiologica, ci insegnano le neuroscienze, è data dal fatto che le esperienze di attaccamento lasciano tracce nella nostra fisiologia e nella nostra psiche: la maturazione delle nostre strutture cerebrali destre, soprattutto il sistema lim-

bico, l’amigdala e la corteccia orbitofrontale (sistemi cerebrali esecutivi) si sviluppano a ritmo intenso nei primi 18-24 mesi di vita e sono particolarmente sensibili all’ambiente interpersonale e sociale.

Traumi precoci e stress tossico interferiscono con la nostra capacità di regolare gli stati interni e le risposte comportamentali, facilitando l’instaurarsi di relazioni sostitutive (la ricerca di “stampelle”) che vanno a rimpiazzare l’attaccamento (Morgan, 2021).

Non è superfluo ricordare che i disturbi di dipendenza, proprio per le loro specifiche caratteristiche, rendono più probabile il verificarsi di ulteriori traumi (perdita dell’occupazione, conflitti e difficoltà relazionali, frequentazioni di ambienti di marginalità e/o pericolosi, riduzione dell’autostima) che, inducendo un aumento progressivo della “fuga nella sostanza o nel comportamento di addiction”, contribuiscono alla creazione di una spirale negativa che imprigiona il soggetto.

Motivazione ed alleanza

Fin dalle prime battute è necessario sondare e discutere la motivazione al trattamento, tanto più quando l’incontro con la persona avviene in un contesto dove l’accesso può non essere spontaneo, ma mediato da altre agenzie (es. Tribunali, famiglia, servizi sociali del territorio).

Come afferma J. Knipe (2019), la motivazione interiore deve essere sufficientemente alta per avviare l’intervento terapeutico

* *Psicologo Psicoterapeuta, ASST Papa Giovanni XIII, UOC Dipendenze.*

proprio perché la persona deve reggere una forte pressione, “affrontare un presente [ed un passato] doloroso in virtù di ciò che si desidera e si ritiene importante per il futuro” (Miller, Rollnick, 2002).

Lovato e Maddalon (2020) ricordano che le persone sono generalmente motivate ad affrontare un cambiamento se ritengono che esso sia importante per loro e se credono di poterci riuscire: importanza e fiducia sono quindi due aspetti che è bene esplorare, per capire in quale fase del ciclo di cambiamento, secondo il modello TransTeorico del cambiamento di Di Clemente e Prochaska (2007), la persona si colloca.

Nel caso di una motivazione debole o per lo più esterna all'individuo è opportuno dedicare i primi incontri alla promozione ed al rinforzo della stessa, mostrando sempre un atteggiamento di accettazione e rispetto. F. Shapiro (2019), madre della terapia EMDR, invita il terapeuta ad essere un “contenitore accogliente” indipendentemente dal grado con cui il paziente mostra o meno di essere pronto ad abbandonare la propria dipendenza: è necessario accogliere la richiesta che la persona porta, sia che il suo obiettivo riguardi l'astinenza sia che si “limiti” alla riduzione dei danni.

Lavorare sulla motivazione si rivela altresì un passaggio propeudeutico al raggiungimento di una alleanza di lavoro, quella che comunemente viene definita compliance e che implica un'idea di mutualità, “due persone che lavorano insieme verso un obiettivo comune” (Aron, 2004).

La costruzione dell'alleanza deve essere necessariamente vista come un processo continuo che, partendo proprio dai primi incontri, prosegue lungo tutto il trattamento e che richiede da parte del terapeuta una “cura attenta della relazione”, a fronte dei frequenti “sabotaggi” e “messe alla prova” di cui il paziente è protagonista.

Un approccio “meta” è pertanto indispensabile allo psicoterapeuta per prevenire e correggere, qualora accadano, errori nella modulazione della distanza affinché non venga compromesso il legame e causato un precoce o tardivo drop-out.

F. Alexander per primo ci ha suggerito che la relazione terapeutica è un aspetto essenziale nella cura perché rappresenta un'esperienza emotiva correttiva: costituisce infatti per il paziente un'occasione di “esperienze emozionali concrete capaci di correggere gli schemi profondi (modelli operativi interni) che regolano le sue emozioni, i suoi significati personali ed i suoi comportamenti” (Liotti). Stern (2005) definisce come “essenza stessa del processo terapeutico” l'intersoggettività presente nella situazione clinica dove il momento presente diventa terreno di incontro fra passato e presente.

Diagnosi e piano terapeutico

In fase iniziale, oltre a porci come obiettivo quello della costruzione di una solida relazione, siamo orientati dal compito di fare diagnosi e predisporre un piano terapeutico.

La fase diagnostica prende avvio, oltre che dall'osservazione dei “primi passi” del soggetto all'interno del servizio (come e con chi arriva, cosa fa e come si muove, ecc.), dalla raccolta anamnestica che va “dosata” con gradualità affinché il soggetto non ne venga sopraffatto: il ritmo ed i contenuti dei colloqui devono essere gestiti dal terapeuta in modo da consentire al paziente di rimanere all'interno della “finestra di tolleranza” (Siegel, 2021).

È indubbio che, lontano dall'essere un pura compilazione di dati, la raccolta anamnestica è già di per sé un atto terapeutico e cooperativo, un lavoro a due mani di tessitura di una tela.

Si delinea infatti come la co-costruzione di una narrazione significativa della storia della persona, che consente la risignificazione della biografia e l'attribuzione di significato al sintomo, vissuto spesso come “il problema” e non come “soluzione” di un problema.

Per la persona, che spesso si vede condannata ad un destino ineluttabile, la sostanza o il comportamento permeano da tempo la dimensione identitaria, “io sono un alcolista, un tossico, un giocatore”, e sono diventati elementi che definiscono sia rispetto a se stessi che agli occhi degli altri. L'immagine di sé, pervasa da tali elementi, impedisce di accedere ad altre parti di sé, quelle non compromesse, che funzionano e che potrebbero essere utilizzate come risorsa positiva.

Le persone che incontriamo sono alla ricerca di “qualcosa fuori di sé” che possa aiutarli ad affrontare gli eventi perché sentono di non avere controllo e tantomeno sono consapevoli che le risorse di cui hanno bisogno possono essere già dentro di loro: il nostro compito è quindi aiutarli ad accedere ad esse ed insegnare loro ad utilizzarle nella quotidianità.

Fin dalle prime battute del lavoro sulle risorse positive, quali forza, competenza, valore personale, determinazione, le persone fanno esperienza di una maggiore padronanza di sé ed iniziano ad intravedere la prospettiva di “potercela fare”.

Il riconoscimento delle proprie risorse e del valore personale è, nella maggior parte dei casi, osteggiato dalla presenza dell'emozione potente della vergogna: il senso pervasivo di vergogna è spesso ciò che impedisce alla persona di chiedere aiuto, a fronte di uno stigma sociale ancora molto forte che incombe su questo tipo di patologie.

La vergogna porta a sviluppare cognizioni negative di sé, “io sono cattivo, indegno, difettoso”, che si dimostrano forti e resistenti alla critica ma che devono essere oggetto di attenzione da parte del terapeuta fin dalle prime fasi di lavoro.

Aiutare il paziente a rileggere la dipendenza come un sintomo porta gradualmente ad una riduzione della vergogna e ad un senso di maggiore compassione ed accettazione di sé, dove per compassione si intende la pratica della self-compassion teorizzata da Paul Gilbert (2016).

L'atto finale della fase diagnostica si conclude con la definizione del piano terapeutico che va sempre necessariamente condiviso con il paziente perché fornisce, insieme alle “regole” del setting, una cornice di riferimento e consente alla relazione di declinarsi in termini cooperativi.

Il sistema motivazionale cooperativo, come ben descritto da Liotti e Farina (2011), è fondamentale per limitare più possibile l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e quindi i problemi connessi con un modello operativo interno disorganizzato.

Il lavoro sulle risorse, mindfulness e grounding

Come è intuibile, accade spesso che all'inizio del percorso di cura le persone con una storia traumatica non sono in grado di ridurre, tantomeno sospendere, i comportamenti pericolosi per sé e, qualora ci provino, non sono in grado di gestire le emozioni ed i ricordi che affiorando di conseguenza.

Non possiamo chiedere loro di rinunciare alla “stampella” che utilizzano da tempo per gestire dolore, ansia e sintomi post-traumatici senza proporre una strategia alternativa: questa evidenza clinica ci deve indurre a dedicare un tempo sufficiente per stabilizzare e rinforzare la struttura dell'io, lavorando sulle risorse.

Lavorare con le risorse, ad esempio attraverso l'installazione delle stesse con tecnica EMDR o solo con il tapping, funziona come supporto per il paziente nell'autoregolazione degli stati

emotivi e come promozione del senso di sicurezza, perché il paziente sperimenta di poter fare affidamento su di sé e inizia a prospettarsi la possibilità di avere un maggiore senso di controllo su pensieri, emozioni, comportamenti.

Prima di iniziare a rielaborare i ricordi traumatici e curare le ferite dell'attaccamento è quindi opportuno dedicare un lungo tempo alla "psicoeducazione" ed alla familiarizzazione con il mondo interno (stati emotivi, sentimenti, sensazioni fisiche, pensieri) rispetto al quale il paziente si dimostra spesso fobico se non evitante.

In questa fase possono entrare in campo efficacemente le tecniche di grounding e la mindfulness come trattamenti capaci di modificare alla radice il rapporto con la propria esperienza interna "sviluppando le abilità di osservarla proprio mentre accade".

Queste tecniche implicano la focalizzazione dell'attenzione sull'aspetto senso-motorio dell'esperienza, approccio fondamentale per intervenire sui meccanismi dissociativi *bottom-up* ovvero partendo dalle sensazioni fisiche e non dalle funzioni cerebrali superiori.

"Osservarsi senza giudizio e senza la spinta a modificare l'esperienza del momento presente permette di creare lo spazio per mentalizzare i propri bisogni e stati di sofferenza.

Aiutando i pazienti a riconoscere i processi cognitivo-affettivi che orientano il comportamento si rende possibile l'esplorazione della possibilità di non reagire automaticamente o inconsapevolmente" (Bowen *et al.*, 2011).

Tali approcci stimolano altresì un atteggiamento di curiosità verso di sé ed il prendersi cura di se stessi, elemento primariamente deficitario in soggetti che sviluppano quadri di addiction, come ben evidenziato dalla teoria della self-medication di Khantzian (1985). Non da ultimo, guardarsi con occhi non giudicanti permette anche di superare il pericoloso "effetto di violazione dell'astinenza" riducendo i vissuti di colpa e fallimento che accompagnano le ricadute.

La terapia con EMDR

La terapia EMDR è un trattamento d'elezione per il trauma perché attiva le naturali capacità di elaborazione del cervello che il trauma ha congelato e disattivato.

La tecnica promuove l'integrazione delle memorie traumatiche, la regolazione degli stati emotivi e la revisione delle convinzioni negative patogene ad esse correlate, attraverso un potenziamento della comunicazione fra gli emisferi cerebrali.

Tale comunicazione è resa possibile tramite i movimenti oculari alternati che possono essere promossi dal movimento delle dita o di altre forme di stimolazione bilaterale (sonora, tattile).

Inoltre, attraverso protocolli specifici, quali il protocollo DeTur di Popky (2005) e il CravEx di Hase (2010) è in grado di ridurre il craving per la sostanza e prevenire le ricadute.

La prevenzione delle ricadute rappresenta una delle sfide più importanti del trattamento delle dipendenze perché è ciò che consente al programma di cura di raggiungere la remissione prolungata. Il trattamento delle dipendenze, per essere efficace, deve mirare a condurre il paziente in una situazione di relativa stabilità nel mantenimento dell'astensione, che questo è ciò a cui il paziente ambisce: tale obiettivo è perseguibile aiutandolo a sviluppare la capacità di mentalizzare i propri stati emotivi correlandoli all'esperienza corporea, di regolarli senza ricorrere a modalità di "fuga" e di utilizzarli in modo più appropriato per vitalizzare la propria esperienza interna e di relazione con il mondo (Bowen *et al.*, 2011).

Come già anticipato, il lavoro sul trauma può essere approcciato solo in una seconda fase del lavoro terapeutico quando la

relazione è consolidata ed il paziente è stato sufficientemente stabilizzato, ciò per evitare che venga sopraffatto dalle memorie traumatiche e subisca una ri-traumatizzazione.

La tecnica EMDR, come affermato da Liotti (2011), facilita l'esercizio delle capacità metacognitive e consente il superamento della fobia degli stati interni associati al trauma.

Dal punto di vista metodologico il trattamento terapeutico EMDR nelle dipendenze contempla due macro-aree di lavoro, fortemente intrecciate fra loro: quella sui traumi dell'attaccamento, che prevede la sistematica rielaborazione dei ricordi traumatici, idealmente in ordine cronologico dal più antico al più recente; un lavoro specifico sui ricordi precoci legati alla dipendenza, sui trigger attuali e sull'installazione di modelli per le azioni future appropriate.

L'obiettivo da raggiungere è svincolare le persone dalla ripetizione di modelli rigidi e dai comportamenti disfunzionali affinché possano riconquistare la loro libertà: "se non si è governato dal caso e dalla necessità, si può comunque cogliere la propria occasione, cavalcare il proprio destino. [...] Che la nostra vita sia l'espressione del nostro autentico essere: è questo in fondo il lavoro della psicoterapia" (Schützenberger, 2004).

Riferimenti bibliografici

- Anda R.F., Felitti V.J., Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C.H., Perry B.D., Giles W.H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience.
- Antonelli T. (2019). *EMDR e dipendenze patologiche. Storia e modelli d'intervento individuale e di gruppo*. Edizioni FS.
- Aron L. (2004). *Menti che si incontrano*. Raffaello Cortina.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Raffaello Cortina.
- Felitti V. (2013). Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Rivista di Psicoterapia EMDR*.
- Fernandez I., Verardo A.R. (2019). *EMDR: modello e applicazioni cliniche*. Hogrefe.
- Gilbert P. (2016). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. FrancoAngeli.
- Khantzian E.J. (1985). Psychoterapeutic interventions with substance abusers: the clinical contest. *J Subst Abuse Treat*, 2: 83-8.
- Knipe J. (2019). *EMDR Toolbox. Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Giovanni Fioriti.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Lovato M., Maddalon D. (2020). *Affrontare la dipendenza. Strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare il disturbo da uso di sostanze*. Giovanni Fioriti.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson.
- Morgan O.J. (2021). *Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery. Il potere della connessione*. Giovanni Fioriti.
- Parnell L. (2020). *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., Diclemente C.C. (2007). *Changing for good: a revolutionary six-stage approach for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. William Morrow & Co.
- Schützenberger A.A. (2004). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Di Renzo.
- Shapiro F. (2019). *EMDR Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Raffaello Cortina.
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale: Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina.
- Stern D.N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina.

Dipendenze, empowerment, lavoro: attivazione di un'esperienza di laboratorio ispirata alla metodologia dell'Individual Placement and Support presso un Servizio delle Dipendenze

Andrea Monculli*, Maria Luisa Valenta^o, Cristina Falcomer*, Giovanna Ferreghini*

SUMMARY

■ *Addiction also has important consequences on the work sphere. This paper deals with a job search workshop inspired by the Individual Placement Support method. The results obtained in the nine months of experimentation on a small group of drug users appear promising, especially if one considers the proposed activity, which is a low-cost service for the Department of Drug Abuse.* ■

Keywords: *Addiction, Job placement, Socio-rehabilitative activity, Social cost.*

Parole chiave: *Dipendenza, Posizione lavorativa, Attività socio-riabilitativa, Costo sociale.*

Introduzione

Nella riflessione sull'approfondimento della definizione di dipendenza proposta da Sussman e Sussman (2011) si identificano cinque elementi costituenti la problematica quali: l'impegno e il coinvolgimento in comportamenti volti ad ottenere effetti appetitivi, la preoccupazione per il comportamento di addiction, la sazietà temporanea che consegue al comportamento di addiction, la perdita di controllo e la comparsa di inevitabili conseguenze negative.

Tra queste ultime si presentano aspetti socio-relazionali quali la disapprovazione sociale, la perdita del lavoro, la perdita di impegni e di attività di interesse, la perdita economica, l'incapacità di rivestire ruoli sociali quali quello di genitore, sposo/a e lavoratore.

In generale le persone con un problema di dipendenza non hanno mai avuto un lavoro stabile oppure hanno perso l'impiego a causa del problema; nel curriculum lavorativo di una persona con dipendenza vi sono lunghi periodi di disoccupazione e spesso volte non vi è una formazione specifica o questa è stata interrotta precocemente (drop out scolastico).

Nei percorsi riabilitativi per persone con dipendenza si rende necessario quindi favorire recuperi formativi, invitare i pazienti alla frequentazione di stage ed inserimenti gradualmente nel mondo del lavoro anche tramite strumenti che sono predisposti dal SSR quali borse lavorative o tirocini inclusivi.

Il metodo Individual Placement Support (IPS) rappresenta un metodo alternativo di ricerca lavorativa rivolto a persone con disturbi mentali.

* Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Dipartimento delle Dipendenze, Udine.

^o Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Dipartimento di Salute Mentale, Pordenone.

Il metodo fonda sui principi della recovery e punta al riconoscimento delle aspirazioni individuali, all'impegno personale e al miglioramento del proprio benessere, riconoscendo e gestendo al meglio le proprie potenzialità" (Fioritti, 2017).

Il metodo IPS è basato su otto principi che ne garantiscono la massima efficacia: tra questi vi è l'obiettivo dell'ottenimento di un lavoro competitivo, integrato nella comunità di appartenenza attraverso una rapida ricerca del lavoro su libero mercato escludendo tirocini o laboratori protetti, e mantenendo il focus sulle preferenze della persona riguardo al tipo di lavoro, al tempo e alla natura del supporto richiesto all'operatore e dell'équipe clinica.

Il percorso IPS prevede inoltre un sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale in collaborazione con l'équipe socio sanitaria e un sostegno a tempo illimitato per quanto riguarda l'attività lavorativa in base necessità della persona.

Diversi studi hanno rilevato che il metodo IPS è più efficace rispetto ad altre pratiche utilizzate nello stesso ambito per quanto riguarda i risultati lavorativi; il 55% degli utenti IPS, infatti, ottiene un impiego competitivo contro il 23% degli utenti di altri progetti.

Gli utenti seguiti con il metodo IPS inoltre trovano lavoro più velocemente e lavorano per un numero maggiore di ore (Bond *et al.*, 2012a) percependo un salario più alto rispetto agli utenti seguiti con altri programmi (Kinoshita *et al.*, 2013; Marshall *et al.*, 2014).

Due studi di follow-up a lungo termine hanno inoltre suggerito che oltre la metà di coloro che sono stati coinvolti in interventi basati sull'IPS sono diventati lavoratori stabili, impiegati almeno il 50% del tempo in un periodo di 10 anni dopo l'iscrizione all'IPS (Campbell *et al.*, 2009).

Attualmente è in corso uno studio di efficacia in merito all'efficacia della metodologia IPS su un campione di utenti con disturbo da uso di sostanze e disturbo da uso di alcol (Marsden

et al., 2020) i cui risultati verranno pubblicati al termine della meta-analisi; un altro studio condotto su pazienti con doppia diagnosi, tuttavia (Kim T. Mueser et al., 2011), ha comparato l'efficacia dell'approccio IPS rispetto al metodo di supporto all'impiego tradizionale, constatando che gli utenti che avevano partecipato al programma IPS hanno ottenuto risultati migliori rispetto agli utenti che avevano partecipato a programmi di inserimento lavorativo tradizionali, riportando rispettivamente un tasso complessivo di impiego del 60% vs. 24% ottenendo il primo impiego più rapidamente rispetto al gruppo di controllo e sviluppando, al follow-up dei 18 mesi, la propensione a lavorare venti o più ore settimanali.

Prendendo spunto dalla metodologia IPS e valutando la limitatezza delle risorse disponibili volte all'attivazione di tirocini inclusivi presso il Servizio per le dipendenze di Udine, si è deciso di sperimentare un laboratorio ispirato alla metodologia IPS a partire dal mese di giugno 2021 e di valutarne i risultati ed efficacia per i primi sei mesi di svolgimento.

Obiettivo

Verifica dell'efficacia determinata dalla sperimentazione di un laboratorio educativo e riabilitativo ispirato alla metodologia dell'IPS, dedicato a pazienti del Servizio per le dipendenze che intendono avvicinarsi al mondo del lavoro tramite un impiego nel libero mercato.

L'efficacia del laboratorio è stata determinata tramite i seguenti indicatori: il paziente ha redatto il proprio Curriculum Vitae, il paziente è in grado, in autonomia, di ricercare offerte di lavoro ed inviare la propria candidatura qualora interessato, il paziente svolge uno o più colloqui di lavoro, il paziente ha firmato un contratto di lavoro o ha aderito alla proposta di un tirocinio inclusivo.

Materiali, metodi e risorse

L'attivazione del "Laboratorio di informatica di base & ricerca lavoro" ispirato alla metodologia IPS presso il Servizio delle dipendenze di Udine è stato definito come uno spazio destinato ad un gruppo aperto cui l'utenza può aderirvi in qualsiasi momento previa prenotazione (attraverso contatto telefonico/e-mail oppure tramite équipe di riferimento del servizio ambulatoriale).

Il laboratorio è stato attivato a partire dal 14 giugno 2021 ed è stato attivo ogni lunedì pomeriggio per un totale di n. 72 ore (n. 52 di front office e n. 20 di back-office) nel periodo di prima sperimentazione della durata di nove mesi (aprile 2021-gennaio 2022).

Il laboratorio ha la durata di due ore a cadenza settimanale e la durata della permanenza al laboratorio è variabile, subordinata al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Le attività proposte dal laboratorio sono state:

- colloquio di orientamento al lavoro e di focusing della motivazione all'impiego;
- consulenza in merito al mantenimento dei benefit o attivazione delle procedure finalizzate al loro ottenimento;
- stesura guidata del curriculum vitae in formato europeo;
- attività didattica volta ad illustrare la rete dei servizi pubblici e privati che si occupano di collocamento al lavoro;
- ricerca di lavoro guidata in rete, suggerendo siti web accreditati;

- attività educativa volta alla sperimentazione di un ipotetico colloquio di lavoro.

Al fine dello svolgimento del laboratorio si sono rese necessarie le seguenti risorse:

- umane, ovvero la presenza di 1 o 2 educatori professionali;
- materiali, ovvero 6 personal computer con connessione alla rete, materiale di cancelleria, diapositive e depliant informativi riguardo la ricerca di lavoro.

Per la pubblicizzazione dell'iniziativa si è provveduto alla realizzazione e distribuzione in sala d'attesa del servizio di locandina, depliant e biglietto da visita.

Risultati

Nell'arco di tempo della sperimentazione che è durata nove mesi, hanno aderito n. 25 utenti del Servizio per le Dipendenze di Udine.

Fig. 1 - Grafico riassuntivo del numero di incontri svolti mensilmente lungo l'arco della sperimentazione

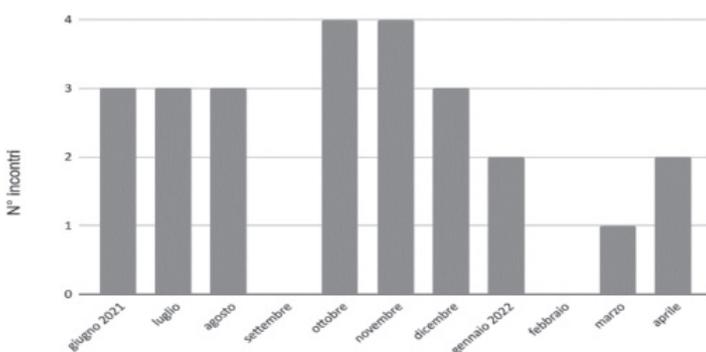
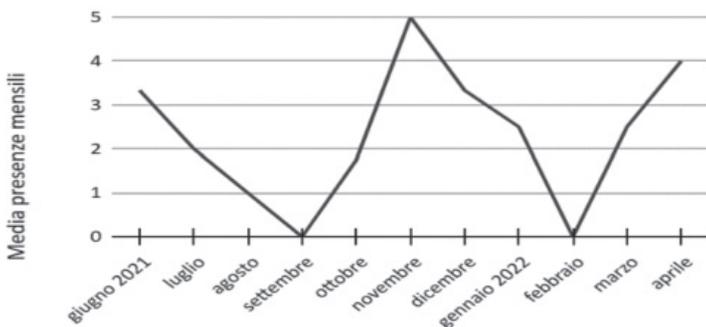


Fig. 2 - Grafico riassuntivo della media delle presenze per ciascun mese lungo l'arco della sperimentazione



Il grafico (Figura 1) riporta il numero complessivo di incontri svolti per ogni mese di attivazione del laboratorio (da 1 incontro a 4).

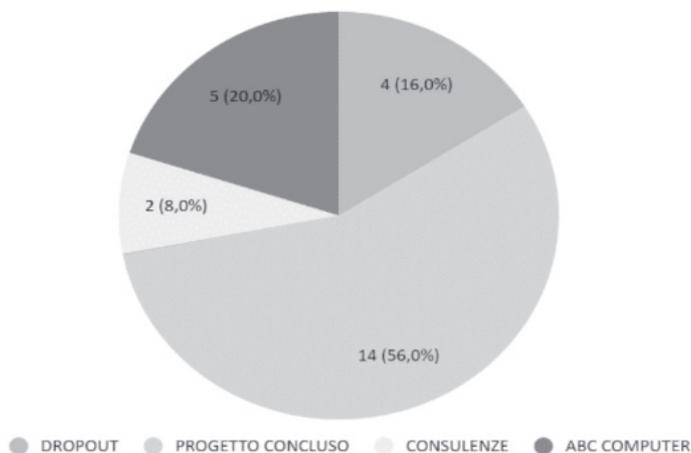
Nei mesi in cui il dato nel grafico è pari a zero (settembre 2021 e febbraio 2022) il laboratorio non si è svolto per limitazioni determinate dalle misure di contenimento dell'emergenza sanitaria o non vi sono state prenotazioni da parte dei pazienti; si è quindi provveduto in ogni caso a rinnovare la pubblicizzazione dell'attività offerta.

Il grafico (Figura 2) riporta la media delle presenze per ogni mese di attivazione del laboratorio, da un minimo di una perso-

na (mese di agosto 2021) ad un massimo di 5 (mese di novembre 2021).

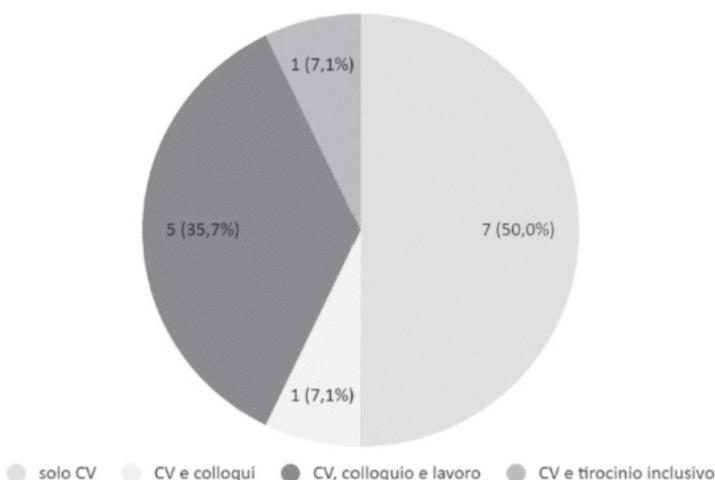
Le presenze medie per trimestri sono state rispettivamente di 2,1 persone ad incontro (I trimestre) 3,4 persone ad incontro (II trimestre) e 2,3 persone ad incontro (III trimestre).

Fig. 3 - Grafico a torta riassuntivo degli outcome del "Laboratorio di informatica di base & ricerca lavoro"



Come si evince dal grafico (Figura 2), dei 25 partecipanti al laboratorio n. 14 hanno concluso il progetto raggiungendo gli obiettivi concordati/prefissati (56%), n. 2 hanno chiesto una semplice consulenza (verifica che il proprio CV fosse redatto correttamente e un veloce orientamento riguardo il panorama dei servizi e delle offerte lavorative) (8%), n. 5 hanno usufruito della spazio per ricevere alfabetizzazione informatica (20%) e n. 4 utenti hanno abbandonato il percorso dopo un primo incontro (16%).

Fig. 4 - Grafico a torta riassuntivo delle tipologie di outcome del "Laboratorio di informatica di base & ricerca lavoro"



Come si evince dal grafico in Figura 4, tutte le persone che hanno concluso il percorso (n. 14; 100%) hanno redatto il proprio Curriculum Vitae supportati dagli operatori e ricevendo consulenza in merito alla panoramica del mondo del lavoro e dei canali utilizzabili per farne ricerca, nonché hanno ricevuto attività di orientamento rispetto alla consapevolezza delle personali risorse e opportunità occupazionali.

Di questi, il 50% ha svolto un colloquio di lavoro, il 35,7% ha ottenuto un'occupazione su libero mercato, il 7,1% ha avuto accesso ad un'esperienza di tirocinio inclusivo.

Discussione dei risultati e Conclusioni

La sperimentazione di un'attività educativa/riabilitativa ispirata al modello IPS, seppur semplificata ed adattata alle esigenze del Servizio ambulatoriale del Ser.T. di Udine ha complessivamente dimostrato buoni risultati tenuto conto della rimodulazione dell'attività al contesto di un Servizio ambulatoriale.

Il risultato di n. 14 pazienti (56%) che hanno raggiunto uno o più obiettivi del laboratorio, così come la percentuale di pazienti (35%) risultano dati promettenti se confrontati con la letteratura. Dato il numero esiguo di partecipanti alla sperimentazione non è possibile determinare inferenze statistiche tuttavia si vuole portare all'attenzione sulla percentuale incoraggiante di pazienti che hanno ottenuto un'occupazione che è superiore alla percentuale descritta dagli studi sui programmi di inserimento lavorativo tradizionali.

Risulta inoltre interessante fare una valutazione dell'impatto economico-sociale che il "Laboratorio di informatica di base & ricerca lavoro: metodo IPS" nella sua fase sperimentale ha prodotto; nello specifico per lo svolgimento dei 24 incontri nel periodo considerato sono state erogate circa n. 72 ore/operatore (considerate le ore di attività con l'utenza e il tempo per l'organizzazione dell'attività). Il costo di queste ore ammonta a circa 970,00 euro (si prenda in riferimento CCNL sanità - livello D. - minimo: euro 1.922,87 - indennità vacanza contrattuale: 14,33 - totale: euro 1.937,20).

Il costo sociale che l'inoccupazione dei cittadini-utenti comporta può essere dato dalla somma dei seguenti costi:

- contributo economico dello Stato (es. reddito di cittadinanza);
- prestazioni socio-sanitarie gratuite (codice E02);
- supporto e assistenza volontaristica (es. borse spesa, altro);
- senso di inefficacia e scarso valore con conseguente malessere psicologico generalizzato che comporta dei costi socio-sanitari;
- aumento del rischio di recidiva dell'uso di sostanze e aggravamento della malattia con relativi costi del Sistema Sanitario.

Se tra i costi dell'inoccupazione si considera solamente il reddito di cittadinanza che, a seconda dell'importo ISEE varia tra € 780 e € 1.330 mensili, si può affermare come il costo per lo svolgimento di n. 3 trimestri di laboratorio sia competitivo da un punto di vista economico grazie all'impatto dato dalle assunzioni ottenute da una parte dei partecipanti.

Per quanto riguarda l'esperienza nel suo complesso è utile sottolineare come l'attività possa essere implementata e migliorata:

- aumentando le ore/operatore da impiegare ad un supporto individualizzato nella ricerca lavorativa e/o spazi di consulenza;
- svolgendo più incontri a settimana per trasmettere conoscenze e competenze indispensabili nel mondo del lavoro e nella (competenze lavorative di base, competenze trasversali - sociali e comunicative...);
- arricchendo gli operatori dedicati al laboratorio tramite ulteriore formazione specifica.

Concludendo, è possibile affermare come l'esperienza, seppur condotta con un piccolo gruppo di pazienti, risulti promettente. si prevede, a 18 mesi dalla partecipazione, un momento di follow-up con i soggetti che hanno ottenuto un impiego a seguito della partecipazione così da verificare il mantenimento

dell'obiettivo raggiunto. In parallelo a questa attività descritta si sta organizzando una collaborazione, attraverso manifestazione di interesse, con le Agenzie per il Lavoro del territorio al fine di agevolare il collocamento dei pazienti seguiti dal servizio che trovassero difficoltà nel reperimento di un impiego.

Riferimenti bibliografici

- Albano F., Bufano A., Pagani A., Paoli M., Trono V., Vaccaro S. (2020). *Le ragioni di un link "sociale" per i percorsi IPS*. Sestante.
- Barbera E., Tortone C. (2012). *Glossario OMS della promozione della salute*. Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS.
- Bond G.R. (1998). Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1): 11.
- Bond G.R., Campbell K., Drake R.E. (2012b). Standardizing measures in four domains of employment outcomes for individual placement and support. *Psychiatric Services*, 63(8): 751-757.
- Bond G.R., Drake R.E., Becker D. R. (2012c). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry*, 11(1): 32-39.
- Bond G.R., Drake R.E., Campbell K. (2016). Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early intervention in psychiatry*, 10(4): 300-307.

- Bruschetta S., Barone R., Sapienza A.M., Rodante M.C., D'Alema M., Fioritti A. *IPS-SE Sicilia*.
- Drake R.E., Becker D.R., Clark R.E., Mueser K.T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric quarterly*, 70(4): 289-301.
- Fioritti A., Trono V. (2015). *Nuove proposte per l'inserimento lavorativo. L'esperienza dell'IPS*.
- Marsden J., Anders P., Clark H., Colocassis K., Eastwood B., Knight J., Stannard J. (2020). Protocol for a multi-centre, definitive randomized controlled trial of the effectiveness of Individual Placement and Support for employment support among people with alcohol and drug dependence. *Trials*, 21(1): 1-12.
- Postma M. (1999). Spesa pubblica e costi sociali della tossicodipendenza nell'Unione Europea. *Public Health Reports*, 106: 280-92.
- Romagna S.S.R.E., Trono V. (2015). *Nuove proposte per l'inserimento lavorativo. L'esperienza dell'IPS*.
- Sussman S., Sussman A.N. (2011). Considerando la definizione di dipendenza. *Rivista internazionale di ricerca ambientale e salute pubblica*, 8(10): 4025-4038. www.ilmargine.it/ips-innovazione-e-salute-mentale-home-page.
- Trono V. *Lavorare si può. Il confronto tra modelli e pratiche per l'inserimento lavorativo delle persone con disagio e disabilità psichica*.
- WHO Quality of Life Assessment Group (1996). What quality of life? *World Health Forum 1996*, 17(4): 354-356. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>.

FeDerSerD/FORMAZIONE

XII CONGRESSO NAZIONALE

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

Bergamo
25-26-27 ottobre 2023
Centro Congressi Giovanni XXIII

save the date

PROVIDER ECM RES
Provider Accreditato Standard n. 908

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi

FeDerSerD
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE
www.federserd.it
federserd@expoint.it

EXPOPOINT
CONGRESSI E EVENTI
ORGANIZZAZIONE

Via Matteotti 3
22094 Mariano Comense (CO)

Tel. 031 48814
031 631101520

segreteria@expoint.it
www.expoint.it

Esplorare l'efficacia dell'Arte contemporanea per prevenire il *burnout* e promuovere il benessere degli operatori socio sanitari

Gaetana Nuccia Cammara*, Elisa Fulco^o, Maurizio Montalbano[^], Francesca Picone[§], Giorgio Serio**

SUMMARY

■ *Social health workers are particularly exposed to the risk of burn-out.*

The fatigue of daily work and the complexity of the suffering of most of the people who assist can wear down the professional and personal vitality of the operators themselves over time.

In recent years, some experiments have been launched aimed at the training opportunities that art can give, if correctly applied to the social-health system, even if to date there are very few experiences that adopt contemporary art to promote artistic training aimed at 'social health worker with the aim of motivating and healing pain, fatigue, and the sense of failure and burnout.

This article presents a burn-out prevention training methodology for operators of a Mental Health Department of the ASP Palermo that uses artistic practice as a participatory form of action learning, or as an active relationship capable of suggesting new forms of self-listening, narration and conflict mediation. ■

Keywords: *Burn-out syndrome, Preventive interventions, Contemporary art, Community context, Peer education.*

Parole chiave: *Sindrome del burn-out, Interventi di prevenzione, Arte contemporanea, Contesto comunitario, intervento tra pari.*

Pur se conosciuta a livello della letteratura la sindrome del *burnout*, che colpisce in misura sempre maggiore gli operatori socio-sanitari dei servizi di cura alla persona, resta poco attenzionata all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Il benessere dell'operatore, soprattutto nell'ambito dei Servizi Pubblici, non è un tema posto usualmente al centro dei processi organizzativi e gestionali.

Si continua di fatto ad ignorare che chi lavora a contatto con la sofferenza mentale, i grandi e persistenti disagi sociali, le privazioni affettive e le condizioni di dipendenza patologica dopo anni di impegno, possa "bruciarsi", manifestando irrequietezza, apatia, e qualche volta, anche cinismo nei confronti del proprio lavoro.

Questi professionisti nel lavoro con persone affette da patologie complesse (come le malattie mentali o da dipendenza patologica), si confrontano quotidianamente con frequenti ricadute sintomatologiche e con lenti e difficili processi di remissione.

* Assistente Sociale UOC Dipendenze Patologiche ASP Palermo.

^o Curatore Artistico di "Avere cura di Chi cura" e di "Art and Social Change", Presidente Associazione Acrobazie.

[^] Direttore Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza ASP Palermo.

[§] Direttore UOC Modulo di Salute Mentale 9 ASP Palermo.

** Psichiatra Psicanalista, Palermo, Direttivo Nazionale FeDerSerD.

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'ASP di Palermo.

Nel tempo, tutto ciò, può accrescere negli operatori, un profondo senso di impotenza, disagio, costante rischio di *burnout*, con la possibile compromissione della capacità terapeutica e della fiducia nelle proprie risorse professionali.

L'OMS con il report 67 del 2019, *Evidence of Art Therapies and Health and Wellbeing: Launch of first WHO report on the evidence base for arts and health interventions*, presenta i risultati di oltre 3000 studi condotti negli ultimi 20 anni in Europa enfatizzando il ruolo importante che le arti hanno avuto "nella cura, prevenzione della malattia e nella promozione della salute, per tutta la durata della vita."

Si può dire, pertanto, che l'esposizione alla "bellezza" determina effetti benefici immediati, sull'umore, sull'ansia e sulla depressione, grazie alla produzione di sostanze come le endorfine e la dopamina, che producono felicità e piacere.

Le Arti, inoltre, rappresentano un'efficace metodologia di formazione partecipativa e attraverso il processo creativo, sono in grado di diventare un potente strumento di trasformazione nella persona che può generare nuove intuizioni e fare sperimentare azioni alternative a quelle già note.

Sulla spinta di queste evidenze un'Assistente Sociale del Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'ASP di Palermo, ha iniziato a studiare azioni innovative, in grado di "curare" la stanchezza dell'operatore dei servizi socio sanitari attraverso approcci metodologici basati sull'uso delle Arti.

La Prima iniziativa promossa è stata *ART AND SOCIAL CHANGE: A path to recovery (A&SC)* (2016-2019), destinata esclusivamente ad operatori delle dipendenze patologiche che ha coinvolto 5 paesi nell'ambito di un programma europeo di intervento con i seguenti obiettivi:

1. aumentare la conoscenza, l'empatia, le competenze e i valori del personale socio sanitario per migliorare l'efficacia e la soddisfazione sul lavoro, aiutare a ridurre lo stress e incoraggiare le relazioni reciproche tra i professionisti e le persone con cui lavorano;
2. aiutare il personale socio sanitario a sviluppare una migliore competenza emotiva nel lavoro con le persone con problem di dipendenza e in fase di recupero.

Alla progettazione europea hanno partecipato i seguenti soggetti:

- *Lithuania* (VIKO) Vilnaeus Kolegija/University of Applied Sciences - Ente Capofila del Progetto;
- *Lithuania* Manoguru;
- *UK* Portrait of Recovery;
- *UK* Art and Health South West;
- *Italy* Casa dei Giovani Onlus;
- *Italy* ASP Palermo (NHS);
- *Italy* Asilo Bianco;
- *France* La Maison de l'Image;
- *Germany* Institute for Project Support and Competencies Development.

Il carattere innovativo dell'esperienza è correlato ad un nuovo modo di formare i professionisti, ai quali viene richiesto un cambio di prospettiva, da professionisti della salute a persone che si prendono cura di se stessi attraverso le pratiche artistiche e culturali (frequentare musei, teatro, mostre, workshop con artisti, e così via). Art & Social Change ha adottato la metodologia dell'*Action Learning*, la formula del *Workshop* con diversi artisti (per l'Italia Nico Bonomolo, Loredana Longo, Sandrine Nicoletta, Anne Clemence De Grolè ed Elisa Fulco come Curatoreb Artistico) e la Formazione a Cascata, al fine di attivare intensi processi partecipativi, facilitati da un gruppo interdisciplinare, il Peer Learning Group (PLG), composto da artisti, professionisti della salute e persone in cura (*recoverists*).

La presenza di questi ultimi ha reso sostenibile il processo di cambiamento secondo il *bottom-up approach*.

Il processo di formazione condotto dagli artisti, si è sviluppato lungo una asse temporale durato un anno e distinto in tre *round*; significativo il secondo *round* che ha previsto la partecipazione dei *recoverists*.

Si ritiene che l'immersione nella pratica artistica possa azzerare i ruoli tra le persone coinvolte nell'esperienza, e soprattutto strutturare nuove dinamiche relazionali, in questo caso tra curato e curante.

Ogni paese ha coinvolto per tutto il percorso di formazione un gruppo principale, formato da 8 a 16 partecipanti, che nel secondo *round* ha lavorato insieme a 8/16 *recoverists*, mentre nel terzo *round*, attraverso la formazione a cascata, ha lavorato come facilitatori insieme all'artista con 8/16 nuovi operatori.

I partecipanti provenivano da diversi ambiti professionali (psichiatri, infermieri, educatori, psicologi, assistenti sociali).

L'esperienza italiana (Palermo e Novara), ha coinvolto complessivamente 64 diversi professionisti di diverso profilo professionale.

La valutazione di esito e processo del progetto, curato dal partner inglese, ha rilevato che tutti i partecipanti, hanno sperimentato benessere, *relax*, fiducia e forte senso di appartenenza.

Tra un *round* e l'altro apparivano più socievoli, meno depressi e mostravano segni di benessere più marcato rispetto ai colleghi dei servizi che non avevano partecipato.

L'esperienza con le Arti ha contribuito a migliorare la loro motivazione e sviluppato nuovi strumenti per accogliere il paziente in un

clima empatico centrato sulla relazione e su una comunicazione più bilanciata.

A due anni dalla conclusione del progetto europeo, è stato somministrato un questionario agli operatori partecipanti dell'ASP di Palermo, che hanno riferito sugli effetti dell'esperienza nella loro vita, contribuendo fortemente a rompere con la routine quotidiana, lavorativa e personale. Ritengono che questo modello di formazione vada inserito a cadenza annuale nel fabbisogno formativo di tutti gli operatori.

Per ulteriori informazioni si visiti il sito del progetto: <https://sites.google.com/site/artsocialchangeproject>.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, sulla base degli ottimi risultati della suddetta iniziativa ha promosso il programma di formazione, *Avere Cura di chi Cura* utilizzando la metodologia *Art and Social Change* rivolto a un centinaio di operatori provenienti dai servizi pubblici della psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche, suddivisi in gruppi misti di operatori provenienti dai diversi servizi, con la finalità di promuovere il benessere negli operatori e incoraggiare pratiche di team building per facilitare la collaborazione tra le diverse aree della macrostruttura dipartimentale.

Il processo di formazione condotto da diversi artisti (Enrica Borghi, Loredana Longo, Sandrine Nicoletta, Valentina Miorandi e dal curatore Elisa Fulco), si è sviluppato in tre edizioni a partire da ottobre 2021 e si è concluso a giugno 2022.

Ogni edizione ha formato 25/30 partecipanti e ha previsto tre spazi laboratoriali artistici, lungo un asse temporale durato circa due mesi.

I partecipanti provenivano da diverse discipline professionali (psichiatri, infermieri, educatori, psicologi, assistenti sociali, oss, pedagogisti). Il documentario curato dalla regista Maddelisa Polizzi, sarà lanciato in occasione dell'evento finale il 2 dicembre 2022, nel quale saranno presentati i risultati del progetto.

La fotografia del progetto è stata curata da Giuseppe Graziano.

Obiettivi del percorso di formazione

- a) Promozione della salute degli operatori attraverso:
 - il potenziamento dei fattori protettivi e miglioramento del benessere psicosociale (autostima, integrazione e interazione con il gruppo, inclusione percepita) negli operatori socio sanitari;
 - il miglioramento dell'adesione, impegno e motivazione negli operatori socio sanitari nelle opportunità creative di discontinuità rispetto al lavoro quotidiano;
 - la sperimentazione di approcci artistici nei partecipanti al fine di stimolare l'intelligenza emotiva e lo sviluppo di nuovi approcci alla vita e al lavoro.
- b) Obiettivi di sistema:
 - facilitare la comunicazione e la collaborazione tra le diverse aree della macrostruttura attraverso la costruzione del senso di appartenenza al gruppo (*team building*).

Metodo

Il carattere innovativo dell'esperienza è correlato ad un nuovo modo di formare i professionisti, ai quali viene richiesto un cambio di prospettiva, da professionisti della salute a persone che si prendono cura di se stessi attraverso le pratiche artistiche e culturali (frequentare musei, teatro, mostre, attività con artisti, e così via).

La metodologia *Art & Social Change* si basa su tecniche di *Action Learning*, utilizzando la formula del *Workshop* (Spazio laboratoria-

le) con l'artista e la Formazione a Cascata, al fine di attivare intensi processi partecipativi, facilitati da un gruppo interdisciplinare, il *Peer Learning Group* (PLG), composto da artisti, professionisti della salute e persone in cura (*recoverists*).

La presenza di questi ultimi ha reso sostenibile il processo di cambiamento secondo il *bottom-up approach*.

Il processo di formazione condotto da diversi artisti, si è sviluppato in tre edizioni.

In ogni edizione erano previsti tre spazi laboratoriali, condotti da tre differenti artisti, lungo una asse temporale durato circa due mesi. L'immersione nella pratica artistica consente di azzerare i ruoli tra le persone coinvolte nell'esperienza, e strutturare nuove dinamiche relazionali, soprattutto nel caso in cui nel processo formativo siano coinvolti anche gli utenti dei servizi.

Risultati

La valutazione di esito e processo del progetto, ha rilevato che tutti i partecipanti, hanno sperimentato benessere, relax, fiducia e forte senso di appartenenza.

Tra un workshop e l'altro apparivano più socievoli, meno depressi e mostravano segni di benessere più marcato rispetto ai colleghi dei servizi che non avevano partecipato.

L'esperienza ha contribuito a migliorare la loro motivazione e sviluppato nuovi strumenti per accogliere il paziente in un clima maggiormente empatico centrato sulla relazione e su una comunicazione più bilanciata.

I partecipanti hanno espresso le loro valutazioni e considerazioni attraverso uno strumento di autovalutazione, il *Semaforo*, messo a punto proprio per questo percorso formativo.

Dalle analisi di questi questionari sono emersi diversi elementi e suggestioni da parte dei partecipanti che dimostrano come attraverso questo percorso esperienziale siano stati raggiunti alcuni importanti risultati:

- acquisizione di fiducia nell'arte visiva (arte, video, fotografia, performance) come agente di benessere, per se e nella relazione con l'altro/a;
- sperimentazione di benessere ed emozione durante la formazione;
- senso di appartenenza e di team building;
- acquisizione di conoscenze, competenze tecniche e valori per facilitare il dialogo creativo da utilizzare con l'altro/a e con il gruppo nel contesto personale e di lavoro;
- contributo nella riduzione dello stress.

Conclusioni

Gli obiettivi dei workshop erano focalizzati a creare occasioni creative di rottura per gli operatori socio sanitari partecipanti rispetto a un quotidiano ripetitivo e stressante.

Tale esperienza, realizzata attraverso un percorso formativo dove è centrale l'intero processo e non le singole azioni, può essere in grado di generare visioni nuove su se stessi e sul contesto in cui si opera.

Lo stress lavoro correlato è un fenomeno allarmante sia per il dipendente che per l'azienda in quanto riduce il rendimento e la qualità del lavoro.

Sostenere emotivamente gli operatori socio sanitari, categoria professionale fortemente esposta alle situazioni di stress lavoro correlato e ai disagi prodotti dal *burnout*, attraverso metodologie formative basate su approcci di welfare culturale può favorire il loro benessere e la loro crescita professionale in un'ottica di apprendimento permanente.

I workshop, nelle loro articolazioni e struttura, grazie alla pratica artistica, hanno avuto lo scopo di generare senso di appartenenza all'interno del gruppo (*team building*) per favorire maggiore collaborazione tra i diversi servizi della macrostruttura dipartimentale. Indubbiamente, l'esperienza di formazione *Avere cura di chi Cura*, ha creato occasioni creative di rottura per i partecipanti, rispetto a un quotidiano ripetitivo e stressante.

Questo ha consentito di generare visioni nuove su se stessi e sul contesto in cui i partecipanti operano e in un'ottica di apprendimento permanente, ciò può sicuramente fornire una risposta efficace al miglioramento dei processi di reciprocità all'interno della relazione d'aiuto tra operatore e persona in cura.

Per contatti www.dipendenzepatologichepalermo.it.

Maggiori info www.dipendenzepatologichepalermo.it/14-settembre-ore-1500-1830-webinar-avere-cura-di-chi-cura-arte-e-cambiamento-sociale.

Riferimenti bibliografici

- Bini S. (2019). Leadership, centralità della persona e gestione sistemica creano benessere organizzativo ed un lavoro sicuro. *Rivista Ordine degli Ingegneri della Provincia di Roma Quaderno*, 02 di Io. Roma, pp. 8-10.
- Bini S. (2009). Sicurezza Lavoro Organizzazione e Cultura. *De Qualitate Management Costruire la Qualità*. TecnaEditrice, pp. 28-38.
- Bodo C., Sacco P.L. (2017). Cultura, benessere, salute. *Economia della Cultura*, 2: 153-159.
- Cicerchia A. (2017). Salute, benessere e partecipazione culturale: tra narrazioni e indicatori. *Economia della Cultura*, 2: 313-322.
- Cicerchia A., Rossi Ghiglioni A., Seia C. (2020). Welfare culturale. In *Treccani*.
- Clift S., Camic P.M. (2016). *Creative Arts, Health and wellbeing: international perspectives on practice, policy and research*. Oxford: Oxford Press.
- Cultural Welfare Center. <https://culturalwelfare.center/studi-internazionali/Studi Internazionali>.
- CWC. <https://culturalwelfare.center/casistudioteatrosalutebenessere>. *L'arte nella vita quotidiana. per il Capitale Sociale, per il Benessere delle persone e delle comunità*.
- Cultural Welfare Center (eds) (2020). *Cultura e salute. Verso un nuovo welfare culturale*. Compagnia di San Paolo.
- Dotti J., Regosa M. (2015). *Buono e giusto. Il welfare che costruiremo insieme*. Roma: Luca Sossella.
- European Foundation Centre. www.efc.be/thematic-networks/arts-and-culture.
- Fancourt F., Finn S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. *Health Evidence Network synthesis report 67 OMS*.
- Fulco E. (2022). Il campo semantico del welfare culturale: tra partecipazione, autorialità e visione sistemica. In *Il valore sociale della cultura*. Milano: FrancoAngeli.
- Fulco E. (2020). When is Art. La pratica artistica in carcere e la teoria del cambiamento. In Fulco E., Leone A. (eds), *L'Arte della Libertà. Diario di un modello inclusivo*. Palermo-Bologna: Acrobazie edizioni.
- Fulco E. (2018). Art & Social Change. Curare i curanti. *Giornale delle Fondazioni*.
- Hanlon P. et al. (2011). Making the case for a 'fifth wave' in public health. *Public Health*, 125: 30-36.
- Lampis A. (2019). Musei, accessibilità, welfare culturale. In *Cultura come diritto: radici costituzionali, politiche e servizi*. Milano: Associazione Civita, A&A Studio Legale.
- Materasso F. (1997). *Use or Ornament? The Social Impact of Participation in the Arts*. Comedia, Glos.
- Varveri L. (2021). Pandemia, lavoro e crisi economica: ricadute psicosociali e possibili interventi. *Esperienze sociali*, 105: 121-135.
- World Health Organization (2019). *Intersectoral action: the arts, health and well-being*. World Health Organization.

Disturbo da uso di sostanze e disturbi post-traumatici e dissociativi

Stefano Burattini*, Alessandra Catania[^], Valeria Fusco[^], Livia Rota[^], Sandra Basti^o

Bisogna salvare le ferite. Non lasciarle sole, sperdute nell'idea fissa della medicazione e della guarigione. Bisogna interrogare le ferite e aspettare le risposte. La risposta alla ferita siamo noi. I nostri gesti, le nostre possibilità accolte o respinte, i tremori e gli assalti rispondono tutti alle ferite. Perdere una ferita significa perdere una segnaletica importante per un viaggio dentro le orme dell'esistenza, un viaggio che ci accomuna e ci distingue, ci fa cantati, cantati dalla vita cruda.

da Chandra Candiani, Questo immenso non sapere

SUMMARY

■ *There is growing interest in the relationship between addiction, trauma and dissociation.*

Reviewing the most recent literature on this subject, we offer a synthesis of the most relevant theoretical models and data that explore substance use disorder as an adaptation with dissociative feature to adverse childhood experience and/or disordered attachment.

We argue furthermore that the Structural Dissociation Theory allows us to place substance use and addiction in the context of complex post traumatic disorder(s).

Since it appears of great relevance an accurate differentiation of primary dissociative phenomena from both secondary ones and acute intoxication, we lastly outline a research project aimed at furthering and refining the diagnosis of dissociation in patients with substance use disorder using the Trauma And Dissociation Symptoms Interview. ■

Keywords: *Trauma, Addiction, Dissociation, Substance Use, PTSD, Structural Dissociation Theory, ACE, Attachment.*

Parole chiave: *Trauma, Addiction, Dissociazione, Uso di sostanze, PTSD, Teoria della dissociazione strutturale, ACE, Attaccamento.*

Introduzione

In questi ultimi anni la relazione tra trauma e disturbo da uso di sostanze si è caratterizzata per un aumento dell'attenzione da parte dei clinici e della ricerca.

La presenza di storie traumatiche e di punteggi significativi al questionario ACE sulle esperienze infantili sfavorevoli (Felitti et al 1998) nelle persone con Disturbo da uso di sostanze (DUS) costituisce un dato oramai consolidato (Dube et al., 2003).

Nella popolazione di persone con DUS è significativa la presenza di sintomi dissociativi.

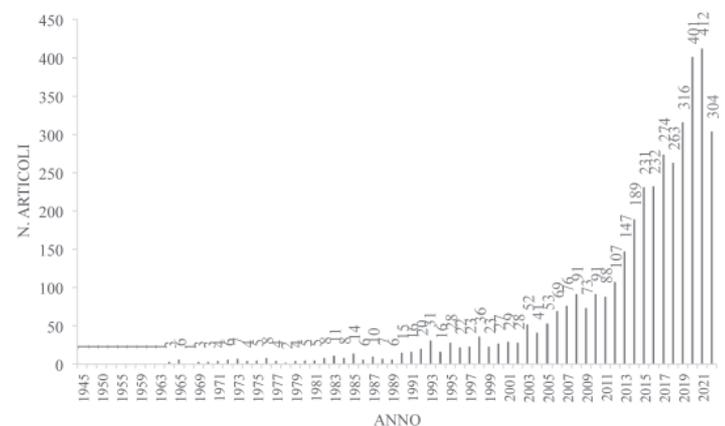
In letteratura tuttavia, il concetto di dissociazione è ancora dibattuto: la discussione si snoda tra la descrizione dei sintomi dissociativi e la dissociazione come processo patogenetico.

* Dirigente Psicologo UOS Ser.D. di Chieti, ASL 2 - Lanciano Vasto Chieti.

[^] Psicologa libera professionista, AISTED.

^o Dirigente Psicologa Ser.D. Pavese e Oltrepò, ASST Pavia.

Fig. 1 - Articoli su addiction e trauma 1945-2021



Dobbiamo distinguere i sintomi dissociativi quali depersonalizzazione, derealizzazione e assorbimento, dalla dissociazione strutturale, dove la frammentazione non riguarda solo la perce-

zione e l'esperienza del paziente in un dato momento, ma il sé del paziente stesso, in una discontinuità dell'esperienza che è continua e appunto strutturale.

Gli studi suggeriscono che i mancati riconoscimento e adeguato trattamento della componente traumatica e della presenza della dissociazione nel DUS ostacolano il trattamento e aumentano il rischio di ricadute (Somer, 2003; Najavits, Hien, 2013).

È stato inoltre proposto che una storia di trauma e dissociazione sia da indagare proprio in quei pazienti con una storia di fallimenti terapeutici ripetuti alle spalle (Ross, 2000).

Di conseguenza sta prendendo piede la prospettiva della "trauma-informed care" (SAMHSA, 2014; Myrick, Dass-Brailsford, 2010) per garantire migliore risposta ai bisogni di una popolazione che presenta sintomatologia a verosimile eziologia traumatica, rientri essa sotto l'etichetta di PTSD o sotto quella di disturbo da uso di sostanze (Brown, 2021).

Tale ottica parte dalla strutturazione del servizio e dell'intero percorso clinico (es. Najavits *et al.*, 1998), nel quale una corretta diagnosi è un momento fondante e che orienta a una gestione della relazione tra servizi e pazienti e dei percorsi clinici complessa e a volte controintuitiva (Brown, 2021; Steele *et al.*, 2017).

Obiettivi

Ci siamo posti l'obiettivo di indagare la relazione tra disturbi dissociativi e uso di sostanze, nonché la funzione che la sostanza può assumere come tentativo di regolazione interna in presenza di trauma complesso e dissociazione.

Proponiamo di utilizzare la Teoria strutturale della dissociazione (Van der Hart et al., 2006) per esplorare e comprendere le manifestazioni dissociative nelle persone con DUS, e per differenziare la presenza di sintomi dissociativi che possono essere indotti dall'abuso di sostanze dalla dissociazione come processo patogenetico.

La capacità di discriminare e di conseguenza diagnosticare la presenza della dissociazione strutturale permetterebbe al clinico di usare gli strumenti e le tecniche psicoterapeutiche più adatte ad approssicare il funzionamento mentale dei pazienti DUS reso ancora più complesso dalla difficoltà dissociativa a integrare l'esperienza.

Questa incapacità rende difficile a questi pazienti proiettarsi in maniera adattiva verso il futuro, facendo sì che si percepiscano, come riferì in un colloquio una paziente "un cervello montato al contrario, risucchiato in un tubo che va verso il passato".

Metodo

Prendendo in esame la letteratura esistente sulle due tematiche – trauma/dissociazione e DUS – e la più recente letteratura che descrive e presenta modelli di lettura dei due quadri clinici in comorbilità, abbiamo delineato alcune piste di ricerca in risposta ai quesiti che ci siamo posti rispetto alla relazione tra trauma, sintomi dissociativi e DUS.

Discussione

Possiamo paragonare il Disturbo da Uso di Sostanze alla punta di un iceberg, dove l'etichetta diagnostica rappresenta la parte

visibile e riferibile della sofferenza al momento della richiesta di aiuto.

Cosa sostenga questa sofferenza, ovvero quale sia la parte sommersa dell'iceberg, invece, non è riconoscibile con altrettanta facilità.

L'eziologia della dipendenza patologica si concorda oggi essere multifattoriale, cioè frutto dell'interazione tra la dimensione neurobiologica, quella psicologica e quella socio-ambientale. Sono stati proposti diversi modelli esplicativi della relazione tra trauma, dissociazione e addiction. Secondo l'ipotesi dell'auto-medicazione, l'addiction è una forma di adattamento disfunzionale rivolto a rimediare un fondamentale disturbo dell'auto-regolazione, della coerenza del sé, della relazione e della cura di sé (Khantzian, 2003, 2012).

Esplicitamente in linea con questo modello, è stato proposto che carenze nelle relazioni d'attaccamento, tali da determinare attaccamento insicuro o disorganizzato/non altrimenti specificato, assieme ad esperienze traumatiche in età evolutiva, conducono ad una incapacità di riconoscere e regolare gli stati affettivi e ad un ricorso a difese del repertorio dissociativo, nei quali rientra l'utilizzo di sostanze o comportamenti addittivi.

Si crea così una vulnerabilità psicobiologica allo sviluppo di addiction, che diventano un modo preferenziale di gestire stati interni intollerabili e non rappresentabili sia rifugiandosi nel piacere che attenuando il dolore, con una polarizzazione del pensiero sul ricorso alla sostanza o al comportamento (Caretta *et al.*, 2008, 2017; Schimmenti *et al.*, 2022; Craparo *et al.*, 2014). Un possibile substrato di questa relazione potrebbe risiedere nell'alterazione della risposta alla ricompensa, alle risposte affiliative e allo stress, in maniera sensibile al diverso tipo di esperienza traumatica (Strathem *et al.*, 2019).

Nel lavoro pazienti con condizioni post traumatiche e addiction sembrano emergere matrici comuni di grande sofferenza: è ormai nota la correlazione tra attaccamento insicuro e disturbo da uso di sostanze (Schindler *et al.*, 2005; Kassel *et al.*, 2007) nonché la presenza di episodi traumatici in età infantile nei pazienti con DUS (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini, Roy, 2008).

È stato rilevato che l'effetto delle esperienze infantili sfavorevole predice la presenza di un disturbo da uso di sostanze in maniera dose-dipendente (Dube *et al.*, 2003).

La stessa relazione con il numero, oltre che con il tipo e momento in cui avvengono le ACE, è stata riscontrata rispetto sintomatologia dissociativa (Schalinsky *et al.*, 2016).

L'uso di sostanze (e di comportamenti addittivi in generale) è inoltre funzionale a gestire i sintomi del PTSD seguendo diverse e complesse traiettorie, che vanno dall'annullamento del dolore emotivo intollerabile alla dissociazione tra stati di coscienza alternativi (Schimmenti *et al.*, 2022).

Somer *et al.* (2010) esplorando l'incidenza della psicopatologia dissociativa tra i pazienti con disturbo da uso di oppioidi hanno introdotto il concetto di "dissociazione chimica", che suggerisce che alcuni pazienti che abusano di sostanze potrebbero non mostrare alti livelli di dissociazione, nonostante la loro storia di traumi, perché possono raggiungere stati dissociativo-simili attraverso il consumo di sostanze chimiche nel tentativo di gestire stati affettivi intollerabili.

È stato inoltre suggerito che l'effetto delle sostanze stesse può determinare una diminuita tolleranza a stati dolorosi che a sua volta rinforza l'uso di sostanze e il permanere in una condizione di addiction (iperkatifeia) (Koob, 2021).

Esplorando la relazione tra disturbi dissociativi e uso di sostanze, Najavits e Walsh (2012) hanno rilevato che i pazienti dipendenti da sostanze con alti livelli di dissociazione (punteggio nella Dissociative Experience Scale (Carlson *et al.*, 1993) > o uguale a 30) hanno maggior numero di sintomi correlati al trauma e una storia di sviluppo caratterizzata da abuso emotivo e neglect.

Il loro campione riportava inoltre una maggiore aspettativa che le sostanze potessero gestire la sintomatologia post-traumatica. Sempre lavorando con pazienti dipendenti da oppiacei, Somer (2019) ha rilevato come gli individui traumatizzati sono più propensi a riferire esperienze dissociative durante il loro uso di oppioidi o durante l'astinenza.

Patel, O'Connor *et al.* (2022) hanno riscontrato una correlazione positiva tra la gravità del PTSD e i problemi associati all'uso di alcol e la sintomatologia dissociativa, che sembra mediare la relazione tra gravità del PTSD e problemi legati all'uso di alcol.

Intervistando con valutato con la SCID-D (Steinberg, 1994) un gruppo di pazienti con dipendenza da sostanze Tamar-Guroi *et al.* (2008) hanno mostrato che il 26% dei pazienti aveva un disturbo dissociativo.

La maggioranza (59,3%) di questi pazienti con entrambe queste condizioni affermava che il disturbo era precedente all'abuso di sostanze.

Nel lavoro clinico, rileviamo quotidianamente come portare alla luce il sommerso sia un'operazione alquanto complessa, poiché il paziente con un Disturbo da uso di Sostanze ha spesso scarsa consapevolezza di come la dipendenza abbia agito e agisca sui suoi processi mentali.

La capacità di distinguere tra l'effetto dissociativo della sostanza in sé e il suo utilizzo per difendersi da stati emotivi di sofferenza si vanifica, così come la capacità di riconoscere ancor prima dell'uso di sostanze la necessità di usare difese dissociative.

Come abbiamo scritto nel paragrafo sugli obiettivi dello studio, abbiamo scelto di soffermarci sulla definizione di dissociazione che fa riferimento a un modello specifico, quello della Teoria della Dissociazione Strutturale di Personalità, perché potrebbe fornire una mappa più ricca di elementi per descrivere il funzionamento mentale del paziente.

La Teoria della Dissociazione Strutturale di Personalità, partendo dalla concezione della dissociazione come fenomeno patologico, descrive tre possibili livelli.

All'interno di questa teoria vengono definite e distinte due "tipologie" di parti della personalità: ANP "personalità apparentemente normale", quella socialmente funzionante e EP "personalità emozionale" che contiene i ricordi e le emozioni legate all'esperienza o alle esperienze traumatiche (Van Der Hart *et al.*, 2006).

Nel caso della dissociazione strutturale primaria abbiamo: una singola ANP e una singola EP a seguito di un trauma avvenuto una sola volta nella vita; si riscontra tipicamente nei casi di Disturbo post-traumatico da stress.

Nel caso della dissociazione strutturale secondaria abbiamo, invece, singola ANP e più EP legate a diversi aspetti emotivi dei traumi vissuti; questo tipo di dissociazione si presenta tipicamente nel Disturbo da stress post-traumatico complesso (cPTSD).

Infine, nel caso della dissociazione strutturale terziaria abbiamo diverse ANP e diverse EP; in questi casi le parti raggiungono un maggiore livello di compartimentazione e autonomia, sono questi i casi di Disturbo dissociativo dell'identità (DID).

Le diverse parti della personalità, secondo questa teoria, sono tra loro in una relazione spesso caratterizzata da una vera e propria fobia dell'esperienza interna, delle relazioni d'attaccamento, e da azioni (intese in senso ampio) sostitutive, che si oppongono all'integrazione di esperienze o parti intollerabili per l'intera personalità.

Quest'ottica può aiutarci a leggere in maniera non semplicistica il fenomeno della dipendenza come tentativo di adattamento a un mondo interno frammentato, riconoscendo che l'abuso di sostanze può assumere di volta in volta una funzione diversa in una personalità con caratteristiche dissociative, e che i percorsi clinici devono di conseguenza tenere conto delle implicazioni di questo funzionamento.

Conclusione e direzioni future

Alla luce di quanto finora delineato sembra che le questioni che affrontiamo nell'articolo siano rilevanti e che si possa concludere, basandosi sulla letteratura e sui modelli esplicativi considerati, che ci sia una sovrapposizione significativa tra trauma, dissociazione e addiction.

Questa concomitanza influisce sui percorsi di cura e quando non adeguatamente presa in considerazione determina maggiore tendenza al drop out (Somers, 2003).

I percorsi trattamentali che mantengono invece il doppio focus su trauma/dissociazione e addiction, manifestano minore tendenza alle ricadute e minore severità della sintomatologia psichiatrica associata (Najavits, Hien, 2013).

È inoltre generalmente accettato che il ricorso a forme più severe di dissociazione avviene quando le esperienze traumatiche si consumano all'interno della relazione con i caregiver (Farina *et al.*, 2019).

Questo tipo di esperienze come in generale le esperienze che conducono a forme di attaccamento disorganizzato/non altrimenti specificato determinano conseguenze che complicano notevolmente la cura dei pazienti.

La difficoltà a fidarsi delle fonti di informazione (sfiducia epistemica), la difficoltà di mentalizzazione nelle relazioni di cura, chiamano in causa il sistema di attaccamento e la fobia degli stati interni (Fonagy, Allison, 2014; Steele *et al.*, 2017).

A fronte della forte presenza di queste importanti manifestazioni, in letteratura, si assiste a una difformità sia negli strumenti di rilevazione che nel concetto stesso di dissociazione.

Questa diversità invita alla cautela nel trarre conclusioni e fornisce ulteriore razionale a quanto qui proposto.

Nostro obiettivo è quello di strutturare un progetto di ricerca che permetta in primo luogo al clinico di esplorare in modo mirato la presenza di una sintomatologia post-traumatica e dissociativa nei pazienti che presentano un disturbo da uso di sostanze, incorporando in tale esplorazione l'eventuale livello di dissociazione strutturale della personalità: PTSD, cPTSD e DID. Per il raggiungimento di quest'obiettivo verrà utilizzata la Trauma And Dissociation Symptoms Interview (TADS-I, Boon, Mathes, 2016), la cui versione italiana è in corso di validazione (Boldrini, Catania, Cavalletti, Fusco).

Oltre alla valutazione dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico, sia semplice (PTSD) che complesso (cPTSD), e alla valutazione del disturbo dissociativo dell'identità DID, la TADS-I consente anche una più ampia indagine concernente aree sintomatologiche quali: uso di sostanze, disturbi del sonno, problemi alimentari, ansia e disturbi dell'umore, ecc.

In questo modo è possibile indagare in modo trasversale la presenza di dissociazione e non solo la presenza dei sintomi dissociativi classici (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, ecc.).

Domande in tutte queste diverse aree sono particolarmente utili non solo per la diagnosi dei disturbi post-traumatici e dissociativi, ma anche per differenziare questi ultimi dai disturbi della personalità e non, come i disturbi dell'umore o i disturbi psicotici.

L'intervista prevede inoltre una sezione dedicata alla valutazione dell'uso/abuso di alcol, droghe e farmaci, permetterebbe quindi di discriminare la dissociazione, dalle altre alterazioni di coscienza legate all'uso di sostanze

L'appartenenza degli autori a due diverse società scientifiche FeDerSerD e Aisted permetterà di ottimizzare le specifiche conoscenze e competenze in ambiti differenti.

Questa collaborazione si iscrive nell'intenzione di integrare differenti punti di vista, mettendo in comunicazione aree che in tempi non lontani sono rimaste compartimentalizzate.

È perciò a nostro avviso un'azione che può costituire un ulteriore passo nella direzione dell'ascolto e nella restitutio ad integrum di parti dissociate, dei pazienti e degli operatori stessi, costituendo perciò un movimento anti-traumatico.

Riferimenti bibliografici

Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*, HHS publication no (SMA) 14-4884. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Boon S., Mathess B. (2016). *Trauma and Dissociation Symptoms Interview TADS-I*.

Brown V.B. (2021). A trauma-informed approach to enhancing addiction treatment. In el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M., Baldacchino A.M. (eds), *Textbook of addiction treatment international perspectives*.

Caretti V., Craparo G., Giannini M., Gori A., Iraci Sarieri G., Lucchini A., Rusignuolo I., Schimmenti A. (2017). *ABQ Addictive Behavior Questionnaire – Manuale*. Hogrefe

Carlson E.B., Putnam F.W., Ross C.A., Torem M., Coons P., Dill D.L., Loewenstein R.J., Braun B.G. (1993). Validity of the Dissociative Experience Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1030-1036.

Craparo G., Ardino V., Gori A., Caretti V. (2014). The Relationships between Early Trauma, Dissociation, and Alexithymia in Alcohol Addiction. *Psychiatry Investig.*, Jul, 11(3): 330-5. DOI: 10.4306/pi.2014.11.3.330. Epub 2014 Jul 21. PMID: 25110508; PMCID: PMC4124194.

Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (2008). Fattori evolutivo relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Raffaello Cortina.

Dube R.S., Felitti V.J., Dong M., Chapman D.P., Giles H.W., Anda R.F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study *Pediatrics*, 111: 564.

Farina B., Liotti M., Imperatori C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in psychology*, 10: 933.

Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, ... Marks. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258.

Fonagy P., Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3): 372.

Khantzian E.J. (2003). Understanding addictive vulnerability: an evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychanalysis*, 5(1): 5-20.

Khantzian E.J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective. *Am J Addict*, 21: 274-279.

Koob G.F. (2021). Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacol Rev.*, Jan, 73(1): 163-201. DOI: 10.1124/pharmrev.120.000083. PMID: 33318153; PMCID: PMC7770492.

Myrick A.C., Dass-Brailsford P. (2010). Psychological trauma and Substance Abuse: the need for an integrate approach. *Trauma Violence & Abuse*, 11(4): 202-213.

Najavits, Hien (2013). Helping Vulnerable Populations: A Comprehensive Review of the Treatment Outcome Literature on Substance Use Disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology: in Session*, Vol. 69(5): 433-47.

Najavits L.M., Clark H.W., DiClemente C.C. et al. (2020). PTSD/ Substance Use Disorder Comorbidity: Treatment Options and Public Health Needs. *Curr Treat Options Psych*, 7: 544-558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>.

Najavits L.M., Weiss R.D., Shaw S.R., Muenz L.R. (1998). "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance. *Dependence Journal of Traumatic Stress*, vol. 11, n. 3.

Patel H., O'Connor C., Andrews K., Amlung M., Lanius R., McKinnon M.C. (2022). Dissociative symptomatology mediates the relation between posttraumatic stress disorder severity and alcohol related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 46(2): 289-299.

Ross C. (2000). *The trauma model. A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Bluebird.

Schalinski I., Teicher M.H., Nischk D., Hinderer E., Müller O., Rockstroh B. (2016). Il tipo e la tempistica delle esperienze infantili avverse influenzano in modo differenziale la gravità del PTSD, i sintomi dissociativi e depressivi nei pazienti adulti ricoverati. *Psichiatria BMC*, 16(1): 1-15.

Somer E. (2003). Prediction of abstinence from heroin addiction by childhood trauma, dissociation, and extent of psychosocial treatment. *Addiction Research and Theory*, October, vol. 11, n. 5: 339-348.

Somer E. (2019). Trauma, dissociation and opiate use disorder; maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(8-9).

Somer E., Altus L., Ginzburg K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the "chemical dissociation" hypothesis. *Comprehensive psychiatry*, 51(4): 419-425.

Steele K., Boon S., Van der Hart O. (2017). *La cura della dissociazione traumatica un approccio pratico e integrativo* (a cura di Giovanni Tagliavini). Mimesis.

Schimmenti A., Billieux J., Santoro G., Casale S., Starcevic V. (2022). A trauma model of substance use: elaboration and preliminary validation. *Addictive behaviors*, 134; 107431.

Steinberg M. (1994). Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *American Psychiatric Pub*.

Strathearn L., Mertens C.E., Mayes L., Rutherford H., Rajhans P., Xu G., Kim S. (2019). Pathways relating the neurobiology of attachment to drug addiction. *Frontiers in psychiatry*, 737.

Tamar-Gurol D., Sar V., Karadag F., Evren C., Karagoz M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 540-547.

Van der Hart O., Nijenhuis E.R., Steele K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.

È possibile la salute in carcere? Il disturbo da uso di sostanze e la comorbidità psichiatrica, la complessità della cura

Giovanni Luca Galimberti*

SUMMARY

■ *The definition “Dual Diagnosis” leads to the dangerous pitfall of understanding two distinct pathological elements and suggests to addiction and psychiatry specialists a non-interconnected approach.*

Therefore, we prefer to use the term comorbidity DUS and psychiatric disorder.

This condition is increasingly common in clinical settings, especially within the prison setting.

In this environment, clinical pictures are more complex because of the difficulties inherent in the inmate’s life, the complications related to the proper use of psychotropic drugs, and the different instances that gravitate around the diagnostic and certification processes.

A diagnostic pathway that determines the temporality of the two disorders, clarifying the mutual influences, is essential; the use of objective diagnostic tools such as toxicological examinations and psychic tests is useful.

Treatment must involve bringing to bear the knowledge and opportunities available to the field of Addiction and Psychiatry, with the cultural and operational rigidities of the two fields being overcome.

In the treatment processes on comorbid inmates, a continuous relationship with external specialist services is necessary to create the conditions for the continuum of care. ■

Keywords: *Comorbidity, Prison, Certification, Diagnosis, Psychiatric drugs.*

Parole chiave: *Comorbidità, Carcere, Certificazione, Diagnosi, Psicofarmaci.*

I limiti delle definizioni

L’Organizzazione mondiale della sanità definisce Doppia Diagnosi la condizione clinica in cui coesistono un Disturbo da uso di sostanze ed un disturbo psichiatrico (OMS, 1995).

Questa definizione nosologica è proposta anche da altre importanti Agenzie internazionali quali l’Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (1).

Il termine Doppia Diagnosi è ampiamente utilizzato nella clinica e, ormai, anche nel linguaggio giornalistico e divulgativo.

La definizione Doppia Diagnosi, sebbene efficace per la sua sintesi, porta con sé alcune insidie e pericolose derive operative.

L’aggettivo “doppia” suggerisce un quadro clinico composto da due elementi patologici ben distinti e differenziati in contrasto con l’idea di una visione unitaria e di insieme dell’individuo.

Si può incorrere nell’errore di approcciare situazioni cliniche in modo slegato e non interconnesso, quasi ci fosse una sommatoria di problematiche.

Si rischia di occuparsi, ognuno per la propria parte, della dimensione dell’utilizzo di sostanze o della patologia psichiatrica senza procedere ad un approfondimento sulla profonda relazione tra i due disturbi in termini di rapporto di temporalità di insorgenza, causalità e soprattutto di intererenza reciproca.

Emerge la tentazione di approfondire e studiare ognuna delle due aree in modo indipendente senza curarsi dell’altra patologia.

Il paradosso di Lichtenberg, filosofo e fisico tedesco del diciottesimo se-

colo, descrive la figura del “coltello senza manico e senza lama”, a significare un qualcosa al cui nome sono sottratti i costituenti, un qualcosa di congetturale immaginario cui mancano i presupposti di concretezza; sintetizza con una immagine il rischio insito in una parziale ed errata interpretazione del termine Doppia Diagnosi nella pratica clinica.

Altro elemento che evidenzia il limite del termine Doppia Diagnosi è l’osservazione della presenza di comorbidità psichiatrica anche nelle situazioni di dipendenza patologica non da sostanza, come per il Gioco d’azzardo patologico, condizione classificata nel DSM-5 tra i Disturbi da Addiction (2). In analogia con quanto avviene in altri ambiti della medicina sembra più appropriato parlare di pazienti complessi affetti da plurimultimorbidità, considerando che spesso questi soggetti soffrono anche di altre patologie somatiche e/o pessime condizioni di vita quali infezioni da virus dell’immunodeficienza (HIV) o dell’epatite C, nonché di disturbi sociali, quali problemi familiari, disoccupazione, detenzione (3).

La diffusione del problema

La coesistenza di malattie psichiatriche e disturbi dovuti al consumo di sostanze stupefacenti non è certamente un fenomeno nuovo.

In questi ultimi anni il problema ha acquisito una sempre maggiore rilevanza nell’ambito del dibattito professionale e politico.

È ormai chiaro che le persone affette da comorbidità sono molto numerose ed il loro numero è destinato ad aumentare.

La maggiore competenza professionale presente nei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze implementa certamente l’accuratezza diagnostica e quindi il numero delle diagnosi.

Non si può comunque evitare di volgere uno sguardo alle caratteristiche della nostra Società.

* Direttore f.f. UOC Dipendenze, DSMD, ASST Monza. Vicepresidente FeDerSerD Lombardia e componente del direttivo nazionale.

Senza addentrarci in tematiche socio antropologiche dobbiamo almeno considerare come si evidenziano forme nuove di sofferenza psichica ed un diffuso atteggiamento "tossicomano", tipico delle Società consumistiche.

Una Società, la nostra, incentrata sul consumo, sul successo e sulla velocità, poco propensa alla riflessione, all'attesa e all'accettazione dei limiti insiti nell'essere umano e nelle situazioni di vita. L'apparenza e l'appagamento edonistico del piacere sostituiscono ideali e spiritualità, l'individualismo e la povertà di ideali sociali e di comunità conducono a sentimenti di solitudine e di isolamento, favoriti dalle modalità di comunicazione sempre più tecnologiche e distanzianti. Tutto questo non può non avere contraccolpi sulla sfera psichica e causare importanti sofferenze nelle persone più fragili (4).

Non a caso in ambito psichiatrico, da alcuni anni, si assiste ad una modificazione dei quadri clinici tipica dei Paesi più ricchi (5); pur permanendo una certa stabilità nei dati di prevalenza delle patologie psichiatriche "classiche" appartenenti all'ASSE 1 del DSM, sono sempre più frequenti quadri riconducibili ai periodicamente discussi Disturbi della Personalità ed ai Disturbi Comportamentali, spesso patognomicamente poco inquadrabili ed orfani di diagnosi.

Anche nel campo delle dipendenze patologiche si assiste da tempo ad un continuo mutamento dei quadri clinici.

Accanto alle condizioni di dipendenza "classiche", quali: dipendenza da alcol, da eroina e cocaina, si verificano a situazioni in cui le stesse sostanze vengono assunte con modalità differenti, piuttosto che situazioni di abuso di sostanze di sintesi, per lo più acquistate su internet, o di sostanze provenienti da altre aree geografiche e importate con i flussi migratori.

Una Società oggettivamente illusoria e complicata determina in taluni soggetti quadri di disagio e sofferenza psichica, questo, in concomitanza con una disponibilità illimitata di sostanze stupefacenti a basso costo e di facile reperibilità, costituisce una miscela efficacissima per l'instaurarsi di situazioni di comorbidità soprattutto nella popolazione giovanile.

Senza entrare nel merito dei dati epidemiologici, affrontati in altro capitolo del volume, l'esperienza clinica e la letteratura confermano la frequenza della comorbidità DUS e malattia psichiatrica.

Il NIDA riporta che "6 persone su 10 che abusano di alcol e droghe hanno anche un disturbo mentale".

Tra il 25 ed il 60% delle persone che soffrono di un disturbo mentale presenta una dipendenza da sostanze" (6).

Tra i soggetti alcol o tossicodipendenti prevalenza del 45% di disturbo psichiatrico (7).

Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore.

Il 32% ed il 47% di soggetti che soffrono rispettivamente di un disturbo affettivo o un disturbo schizofrenico presentano abuso di sostanze (8,9,10)

Occorre sottolineare come spesso in letteratura vengono trascurate alcune sottopopolazioni decisamente a rischio per comorbidità.

Tra esse citiamo gli adolescenti, le minoranze etniche, le donne, ed in genere i soggetti con basso status socioeconomico, con severa patologia mentale, con disabilità intellettive e coinvolte nel circuito penale.

Discorso a sé merita l'ambiente del carcere.

La privazione della libertà personale e l'adattamento in un ambiente restrittivo con ferree regole interne sconosciute fino al primo arresto, l'incognita dei compagni di cella e delle dinamiche relazionali cui si va incontro, rappresentano un grave trauma ed un significativo elemento di malessere psichico che può evolvere in un grave quadro psicopatologico. È noto che il rischio suicidario sia presente soprattutto nelle prime settimane di detenzione.

Può sembrare un paradosso, ma anche a ridosso della scarcerazione, soprattutto nel caso di pene detentive lunghe, si assiste ad un momento di malessere psichico, caratterizzato nella gran parte dei casi dall'ansia di affrontare il rientro nella Società con tutto quello che comporta, come il recupero dei rapporti familiari, il reperimento di un lavoro e nei casi più disagiati il non sapere dove andare e cosa fare.

Detto questo, va annotato che tra gli autori di reato si rileva una maggior prevalenza di persone affette da disturbi psichiatrici rispetto la popolazione generale.

Tra i detenuti sono molto rappresentati i disturbi della personalità e tra essi prevalgono i disturbi del cluster B, anti sociale, narcisistico, borderline e istrionico.

Si sottolinea che questi disturbi sono anche quelli più rappresentati tra le persone affette da DUS. La popolazione carceraria evidenzia dati di prevalenza di disturbi psichiatrici decisamente superiori rispetto alla popolazione generale, come riportato da una ricerca del 2016 effettuata su un campione carcerario mondiale pari a 10milioni di soggetti (11).

Un dato presentato dall'Associazione Antigone nel 2019 rilevava come in un ampio campione di carceri esaminati in Italia vi fosse una media del 36,8% di detenuti con terapia psichiatrica, con una variabilità significativa tra i diversi Istituti.

Anche per quanto concerne il Disturbo da uso di sostanze il dato epidemiologico rilevato all'interno delle carceri è sin troppo eloquente: al 31 dicembre 2017 i detenuti tossicodipendenti erano 14.706 su una popolazione ristretta complessiva di 57.608, rappresentando il 25,53% del totale (12).

Dalle numerose review disponibili si evidenzia la stretta correlazione tra presenza di comorbidità e rischio di violenza (13, 14).

La letteratura indica la presenza di DUS e patologia psichiatrica nel 50-80% dei casi della Psichiatria Forense.

In questo particolare ambito della Psichiatria, tra i disturbi psichiatrici in comorbidità, si evidenzia la presenza di disturbi della personalità nel 50-90% dei casi, seguito dai disturbi dell'affettività (20-60%) ed infine della sfera psicotica nel 15-20% dei casi (15).

Parlare di comorbidità come copresenza di disturbo psichiatrico e DUS in carcere potrebbe sembrare paradossale, considerando che nella struttura non possono in alcun modo essere introdotte sostanze stupefacenti.

La parte inerente i DUS è pertanto oggettivamente impossibilitata.

A questo proposito solo un cenno circa il processo certificatorio di presenza di condizioni di Dipendenza da Sostanze o da Alcol in carcere, si fonda, infatti, non tanto sul classico assunto della certificazione medica del "qui ed ora", quanto sulla storia anamnestica del paziente e sul riscontro di dati oggettivi che indagano il periodo pre detenzione.

In carcere, comunque, è spesso presente l'alcol e soprattutto i farmaci, la cui gestione rappresenta una grave complessità per il medico che opera nella struttura.

L'alcol sostanza legale, diffusa, accettata, il cui uso non è quasi mai problematizzato tanto fuori quanto dentro le mura del carcere, rappresenta una buona soluzione sostitutiva delle sostanze d'abuso e comunque una facile possibilità di "stordimento" per chi vi si trova recluso.

All'interno del carcere, l'uso dell'alcol è consentito, sebbene in molti Istituti ne sia stata vietata la vendita per ragioni di "ordine e sicurezza".

Stesso discorso, forse ancora più delicato, riguarda i farmaci psicotropi, in primis le benzodiazepine ed in parte gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici di seconda generazione.

In questo caso gli effetti farmacologici, assolutamente utili e necessari per la cura della sofferenza psichiatrica, possono essere "sfruttati" per ottenere uno stato di ottundimento, in sostanza per "farsi" all'interno del carcere.

Il problema della prescrizione e della gestione dei farmaci pertanto assume maggior rilevanza se consideriamo la potenziale induzione di dipendenza dagli stessi, in soggetti che, di fatto, non erano "dipendenti patologici" prima della detenzione.

Si evidenzia il pericolo di un utilizzo di psicofarmaci come forma di mantenimento e controllo della "tranquillità" dell'ambiente e che, come tale, perde lo scopo ed il significato di cura di una malattia psichiatrica ma diviene strumento utile ad altre finalità.

Le forme della comorbidità psichiatrica

Qualsiasi condizione che prevede la copresenza di malattia mentale e dipendenza rientra nella comorbidità psichiatrica.

Le combinazioni a questo punto sono pressoché infinite sia per le associazioni dei diversi disturbi che per il rapporto tra gli stessi.

Spesso nella pratica clinica si discute sul primato di insorgenza di una condizione rispetto l'altra: è insorta prima la dipendenza o il disturbo mentale, con il rischio di cadere nel più classico dei paradossi del "è nato prima l'uovo o la gallina".

Di fatto, ogni situazione ha una storia ed una evoluzione particolare; generalizzando è possibile riconoscere tre condizioni:

- insorgenza di un disturbo mentale in una condizione di DUS, spesso determinato proprio dalle sostanze. Tale disturbo può essere acuto e risolversi in un determinato tempo o permanere nel tempo;

- b) insorgenza di un disturbo da uso di sostanze in una condizione di malattia psichiatrica, spesso con un significato di tentativo di auto cura della sofferenza psichica. Può instaurarsi nel tempo un quadro di vera e propria dipendenza dalla sostanza;
- c) presenza contemporanea ed indipendente delle due patologie. Si può ipotizzare la sovrapposizione di fattori legati a caratteristiche neurobiologiche, a vulnerabilità genetiche o a precoce esposizione a grave trauma emotivo.

Evidentemente non è sempre facile comprendere il rapporto temporale e causale tra le due condizioni.

Di fatto, occuparsi di comorbidità implica necessariamente sia possedere nozioni sulle caratteristiche farmacologiche delle maggiori sostanze d'abuso e conoscerne gli effetti, che conoscere le caratteristiche delle patologie psichiatriche.

Tutte le sostanze d'abuso presentano specifiche caratteristiche farmacologiche; in linea di massima possiamo dividerle in tre grandi categorie: sostanze che deprimono il Sistema Nervoso Centrale, sostanze che lo eccitano ed, infine, sostanze definibili allucinogene.

Tale considerazione riguarda anche un'ampia gamma di farmaci normalmente utilizzati in Medicina come immunomodulatori, farmaci cardiologici, corticosteroidi, ecc.

Pertanto tutte le sostanze stupefacenti e molti farmaci possono potenzialmente determinare una sintomatologia psichiatrica.

Tale sintomatologia può manifestarsi nelle diverse fasi dell'utilizzo di sostanze: fase acuta, cronica e astinenza.

Partendo da questa prima grossolana distinzione possiamo intuire le possibili conseguenze psichiche del loro utilizzo.

Generalmente le sostanze sedative possono indurre una sintomatologia depressiva in stato di intossicazione, mentre in fase di astinenza possono determinare condizioni di ansia ed agitazione psicomotoria fino al delirio, come nel caso dell'alcol.

Ci possiamo, viceversa, aspettare un disturbo d'ansia e di agitazione fino ad un disturbo psicotico in un soggetto nella fase di intossicazione da sostanza stimolante ed un disturbo depressivo nella fase della crisi astinzionale.

Le sostanze deprimenti/sedative presentano alcune curiosità nel campo della comorbidità psichiatrica.

Per esempio, gli oppiacei, a causa della loro azione farmacologica, riescono a fornire una risposta significativa alla sofferenza psichica, tanto che una terapia sostitutiva, come il metadone, possiede oltre ad una attività sedativa anche un effetto antipsicotico (16).

Di ciò si ha chiaro riscontro nella clinica, quando questa terapia contribuisce nel mantenere in compenso clinico i pazienti affetti da dipendenza da oppiacei e psicosi.

Altra particolarità riguarda l'alcol, sostanza molto diffusa, che rientra a pieno diritto nella categoria dei deprimenti il SNC; a differenza degli oppiacei, non possiede alcuna proprietà antipsicotica, anzi provoca effetti mentali sedativi o eccitatori e disinibitori in base al dosaggio assunto.

Questa apparente duplicità dell'alcol lo rende protagonista di un ampio ventaglio di quadri sintomatologici; tra questi risultano particolarmente interessanti, all'interno della nostra trattazione, il discontrollo degli impulsi e l'incremento dell'aggressività.

Inoltre, in una condizione di dipendenza che perdura nel tempo l'alcol riveste un ruolo importante nelle genesi di condizioni neurologiche e psicopatologiche come l'encefalite di Wernicke e la Sindrome di Korsakoff.

La cocaina è la "regina" delle sostanze eccitanti e deve parte del suo successo al fatto che permette all'assuntore di illudersi di mantenere il controllo della propria condizione, con maggiore sicurezza di sé, maggior coraggio e resistenza alla fatica.

Purtroppo l'eccitazione e l'"accelerazione" del pensiero portano con sé sintomi di ansia e, in taluni soggetti predisposti, possono determinare disturbi dell'ideazione soprattutto sul versante paranoideo.

Questi ultimi sono i sintomi psichici più frequentemente causati da questa famiglia di sostanze.

Non è un caso che i cocainomani, nella grande maggioranza dei casi, assumano anche alcol e/o benzodiazepine nelle occasioni di utilizzo della cocaina, nel tentativo di godere degli effetti ricercati ed evitare il più possibile quelli indesiderati.

Discorso a sé, in un certo senso più chiaro, riguarda il rapporto di causalità tra assunzione di sostanze classificate tra gli allucinogeni e lo sviluppo di problematiche psichiatriche.

La letteratura è molto ricca di pubblicazioni che evidenziano il rapporto tra assunzione di cannabis e sviluppo di psicosi (17, 18).

Questo punto è assai delicato in considerazione della grande diffusione dell'utilizzo di cannabinoidi tra i giovani (19) e del processo culturale che da tempo spinge verso la "normalizzazione" e la "banalizzazione" dell'uso di questa sostanza.

Ci sono poi sostanze in questa categoria, cito tra tutte LSD e Ketamina, che sono molto potenti e causano una vera e propria crisi psicotica.

L'assunzione consapevole di queste sostanze prevede proprio la ricerca di una alterazione della coscienza e la perdita di contatto con la realtà.

Chi ha esperienza in ambito psichiatrico conosce quanto sia drammaticamente difficile districarsi nella diagnosi differenziale tra scompenso psicotico indotto da sostanza ed esordio psicotico, quanto, nell'urgenza, sia arduo ristabilire una condizione di compenso psichico in queste situazioni ed infine quanto sia difficile definire una prognosi.

Paradigmatico è il caso della Ketamina, molecola farmacologicamente interessante tanto da essere stata utilizzata in campo anestesiológico.

Ha proprietà anti dolorifiche, dissociative, allucinatorie, che vengono ricercate per l'uso stupefacente; gli utilizzatori di questa sostanza riferiscono una vera e propria condizione di dissociazione dalla propria corporeità, come se potessero staccarsi dal corpo e vedersi da fuori.

L'osservazione che le sostanze allucinogene vengono utilizzate soprattutto dai giovani, esige che i terapeuti prestino molta attenzione, considerato la delicatezza dei processi di maturazione cerebrale ed il rischio che le sostanze interferiscano con essi.

I quadri sintomatologici dei disturbi mentali indotti dalle sostanze sono molto simili a quelli dei disturbi mentali indipendenti.

I sintomi indotti dalle sostanze in genere sono di breve durata e migliorano con l'astensione dall'uso delle stesse, raramente persistono dopo un mese dalla cessazione dell'assunzione.

Senza dubbi i disturbi mentali indotti da sostanze rivestono una parte molto importante nella diagnosi differenziale psichiatrica.

Come le sostanze possono determinare un disturbo psichiatrico così le stesse possono essere utilizzate, con modalità farmacologiche, per contrastare la sofferenza psichiatrica.

Il "ventaglio di possibilità illusoriamente curative" offerto dalle sostanze d'abuso è molto ampio e può rispondere a diverse tipologie di sofferenza psichiatrica.

L'etimologia stessa del termine droga si confonde con quello di farmaco e, ad oggi, al di là delle classificazioni giuridiche, la distinzione droga-farmaco è spesso legata alla preparazione ed alla modalità d'uso del principio attivo.

Esemplificativo è il caso dell'acido gamma idrossi-butyrico (GHB), molecola utilizzata nel trattamento dell'alcolismo che, se preparata in diversa forma farmaceutica, può essere utilizzata come sostanza d'abuso con la nomea di "droga dello stupro".

Chi soffre di un disturbo psichiatrico ed impatta con una sostanza o farmaco che gli provoca sollievo, spesso lo utilizza come terapia auto prescritta, fuori dal controllo medico, aggravando la propria condizione pur di avere momenti di "benessere".

Considerati gli effetti psicoattivi delle sostanze, l'importanza che assumono nel tempo per il paziente e le loro proprietà di indurre modificazioni neuro-trasmittoriali, si viene a creare nel tempo quell'intreccio di reciproca influenza tra il disturbo psichiatrico e le conseguenze dell'uso di sostanze.

In ambito carcerario, un altro elemento deve essere considerato nella trattazione della comorbidità: la relazione di questa condizione patologica con la violenza, sia nella forma attiva che subita.

I dati epidemiologici citati in precedenza, indicano come nella popolazione carceraria si trovi una prevalenza significativa di disturbo mentale e DUS; la copresenza delle due condizioni determina situazioni di maggior gravità clinica e difficoltà di gestione. Un rapporto OMS del 2009 (20) evidenzia che la presenza di comorbidità incrementa il rischio di essere vittima di violenza e/o di essere autore di violenza.

Altri studi affermano che la presenza di comorbidità abbia un significato predittivo di probabilità per qualsiasi comportamento violento (13).

Il rapporto comorbidità-violenza è ben descritto e noto agli specialisti psichiatri e delle dipendenze mentre non sono così chiari i meccanismi neurobiologici che sottendono a questi quadri clinici. Uno studio del NIDA suggerisce che alcune aree del cervello, interessate dall'azione delle sostanze d'abuso, possono essere anche sede di malattia mentale.

Un esempio su tutti è rappresentato dal circuito della Dopamina, coinvolto nei processi implicati nella genesi della dipendenza patologica, che può essere anche pesantemente implicato in patologie psichiatriche come depressione e disturbi della sfera psicotica.

Altra considerazione sulla sovrapposizione neurobiologica è data dal fatto che soprattutto i farmaci antipsicotici nella loro azione modificano il sistema dopaminergico, presentando come effetto collaterale l'anedonia, che spesso porta questi pazienti ad utilizzare sostanze per provare "piacere". Quale paziente in terapia con antipsicotici, specialmente di prima generazione, non assume nicotina o alcol?

Tornando al rapporto comorbidità e violenza si può ipotizzare l'interferenza delle sostanze anche su altri sistemi centrali, quali quelli deputati al controllo degli impulsi con conseguente difficoltà nel mantenere un asse di equilibrio armonico tra parte corticale, cui sono assegnate le operazioni di decision making e di valutazione razionale, e parte sottocorticale, bersaglio diretto delle sostanze, area preposta alla gestione dell'emotività e dell'impulsività.

Questi brevi e semplici cenni di neurobiologia fanno intuire che la presenza di una vulnerabilità personale possa essere alla base di un maggior rischio per lo sviluppo di patologia, evidenziando anche che un utilizzo precoce delle sostanze di abuso possa interferire pesantemente nella corretta maturazione cerebrale e rappresentare, quindi, un rischio importante per lo sviluppo di patologia psichiatrica in futuro.

È pur vero, d'altro canto, che condizioni di sofferenza psichiatrica in età infantile, quale il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), possono predisporre all'utilizzo di sostanze (6).

Durante la detenzione la diagnosi di comorbidità pone i clinici di fronte ad un quadro di grande complessità.

Nel carcere non possono entrare le sostanze illegali, ma sono presenti l'alcol e gli psicofarmaci.

È presente la terapia sostitutiva degli oppiacei che viene garantita, opportunamente, in ambito carcerario ai dipendenti da oppiacei.

È evidente che il soggetto con comorbidità volgerà le proprie richieste a sostanze che gli permettono di stare meglio e di soddisfare i bisogni legati alla tossicomania.

In questi casi, per garantire una corretta prescrizione e gestione delle terapie farmacologiche, è necessario un accurato assessment diagnostico, anche per evitare un utilizzo incongruo di farmaci e/o indurre una dipendenza laddove non è presente.

La complessità delle diagnosi

L'approccio clinico alla comorbidità è certamente uno dei processi operativi più complessi in medicina.

L'attuale organizzazione dei Servizi con la netta distinzione tra Servizio Psichiatrico e Servizio per le Dipendenze non facilita lo svolgimento del processo diagnostico e di presa in carico del paziente con comorbidità, anzi richiama e ripropone con forza una idea di doppio e di separatezza. Da un lato i Servizi Psichiatrici, che per mandato si occupano di disturbi psichiatrici, dall'altro i Servizi per le Dipendenze, che altrettanto correttamente si occupano di DUS.

Questa separazione organizzativa netta pone il tema di "chi fa cosa e come" nel caso di copresenza delle condizioni patologiche.

Il processo di collaborazione tra i due settori sembra facilitato in quelle realtà regionali in cui Psichiatria e Dipendenze appartengono allo stesso Dipartimento.

Questa condizione organizzativa dovrebbe facilitare la redazione di protocolli di collaborazione e, soprattutto, favorire un processo culturale di reciproca "contaminazione".

La separazione e la distanza tra Psichiatria e Servizio Dipendenze infatti, oltre che organizzativa, sembra essere caratterizzata, in modo ancora più preoccupante, da approcci culturali e clinici molto differenti.

Si ha l'impressione che la concezione clinica e culturale della Psichiatria si concentri sugli aspetti organicisti e farmacologici con approccio molto medico centrico; viceversa nella clinica delle Dipendenze è spesso presente una concezione molto legata alle problematiche sociali, alla tematica delle devianze, con un approccio di stampo sociale e pedagogico, frequentemente poco supportato da evidenze scientifiche.

Anche per quanto concerne le filosofie di intervento e gli obiettivi da perseguire esiste una differenza: la Psichiatria è molto centrata sul tutelare la salute dell'individuo, spesso coincidente con la condizione di compenso psichico, e della comunità, le Dipendenze sono molto orientate a sviluppare la motivazione al cambiamento del paziente ed a condurlo ad una reale emancipazione dalla condizione di dipendenza patologica.

Questa dicotomia appare molto evidente se si osservano le differenze operative e di filosofie di intervento tra Comunità terapeutiche residen-

ziali per la cura delle Dipendenze e le Comunità residenziali di ambito psichiatrico.

Le Comunità per la "Doppia Diagnosi" esemplificano la difficoltà della sintesi tra le due impostazioni.

Negli ultimi anni sono stati messi in atto enormi sforzi da parte delle Società Scientifiche dei due settori per correggere o, meglio, integrare queste differenze, che di fatto rappresentano, anche se separatamente, gli aspetti salienti della comorbidità e richiedono tutti una grande attenzione nella clinica.

La comorbidità mette in crisi questo sistema organizzativo e questa distanza, che a volte diventa contrapposizione, tra approcci clinico-culturali, manifestando la sua inadeguatezza ed inattuabilità.

Conoscere per riconoscere, l'approccio alla comorbidità DUS- malattia mentale implica necessariamente la conoscenza delle patologie presenti nei due ambiti quale requisito fondamentale.

Non è sufficiente riconoscere, è necessario approfondire e definire il rapporto tra le due condizioni comorbili.

Come già sottolineato, la comorbidità è difficile da diagnosticare.

Spesso la sintomatologia determinata dall'uso di sostanze risulta dominante nella clinica. L'assunzione di sostanze causa sintomatologie difficilmente distinguibili da quelle legate ad una condizione di malattia psichiatrica; inoltre i disturbi psichiatrici possono manifestarsi nelle diverse fasi dell'assunzione di sostanze, sia in fase acuta che durante la disassuefazione, così come sintomi psichiatrici possono essere attenuati dall'uso di sostanze e si evidenziano dopo la sospensione delle stesse.

"La verità sta nel fondo di un pozzo: lei guarda in un pozzo e vede il sole o la luna; ma se si butta giù non c'è più né sole né luna, c'è la verità" (Sciascia).

Appare inevitabile per i terapeuti dover provare la curiosità ed a volte il coraggio di ricercare anche in territori clinici poco noti, uscendo da schemi precostituiti, che fanno parte della formazione di ognuna delle branche specialistiche.

Certo la costruzione di competenze attraverso la formazione e l'esperienza coniugata alla risorsa di equipe multi professionali rimane un aspetto fondamentale e imprescindibile.

Le tecniche di visita e di colloquio, le batterie testistiche psicodiagnostiche e gli strumenti di laboratorio sono elementi estremamente utili al clinico, attrezzi del mestiere che tutte le equipe dovrebbero possedere e saper utilizzare.

Premesso che nei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze sia presente una sufficiente conoscenza delle patologie di entrambi gli ambiti, il paziente affetto da comorbidità deve essere accolto e non dirottato, magari con fastidio, al Servizio dell'altra branca!

Ancora nel 2004 in Spagna la maggior parte dei Servizi Psichiatrici escludeva i pazienti affetti da Disturbi da uso di sostanze.

Così come in Grecia la metà dei programmi terapeutici per consumatori di sostanze non ammetteva pazienti con disturbo psichiatrico (3).

È fondamentale riconoscere la presenza di una comorbidità, pur nelle differenze e nei limiti organizzativi già accennati.

Sia i Servizi di Psichiatria che i Servizi per la Dipendenza posseggono strumenti e competenze per indagare e porre ipotesi diagnostiche.

La Psichiatria, nella diagnosi differenziale, dovrà tenere sempre presente la possibilità che una sintomatologia psichiatrica possa essere stata determinata dall'uso di sostanze o essere concomitante con DUS, magari attraverso un utilizzo mirato degli esami tossicologici.

Le Dipendenze dovranno prestare attenzione al quadro psicopatologico, cercando di approfondire gli aspetti e non fermarsi a considerare unicamente il rapporto che il paziente ha con le sostanze.

È basilare considerare il paziente nella sua interezza, essere attenti a conoscerne la storia per comprenderne la struttura personologica.

Questo processo prevede il superamento di una mera concezione di somma dei problemi, esempio dipendenza da sostanza più disturbo psichiatrico, e l'integrazione dei disturbi in una visione unitaria della persona, nella cui biografia, caratterizzata spesso da enormi difficoltà e sofferenze, i due disturbi si sono nel tempo vicendevolmente influenzati, intrecciati, tanto da non poterli più considerare come due condizioni accoppiate, bensì come un nuovo complicato quadro clinico.

Una raccolta anamnestica accurata assume un ruolo chiave chiarendo i rapporti di causalità e temporalità dei due disturbi e, permettendo, inoltre, di intuire significati e significanti delle sostanze nella storia del paziente.

Attraverso l'ascolto partecipato della narrazione del paziente si potranno cogliere gli elementi della sua struttura personologica e della sua storia familiare.

In questa fase si pongono le basi dell'alleanza terapeutica, basata sul riconoscimento e l'accoglienza della sofferenza ed il profondo rispetto per la persona che ci si affida portandoci la sua storia.

Ecco, il tempo.

Elemento fondamentale da tenere sempre in considerazione è il tempo.

Chi opera nelle Dipendenze conosce bene questo concetto, tanto che, spesso, si parla di diagnosi longitudinale intendendo con essa la modificazione del quadro clinico e della definizione diagnostica con il passare del tempo, con tutto ciò che questo comporta nel mondo esterno ed interno del paziente.

Nelle condizioni di comorbidità, il tempo assume una importanza decisiva per una corretta diagnosi soprattutto per differenziare sintomi psichiatrici correlati all'uso di sostanze, che regrediscono dopo alcuni mesi dalla sospensione dell'assunzione di sostanza, da un disturbo psichiatrico che permane anche in seguito come sequela o da un disturbo preesistente.

Tutto ciò non significa, ovviamente, che un disturbo psichiatrico acuto causato dall'assunzione di sostanze non debba essere trattato in urgenza come qualsiasi altro disturbo, occorre però una attenta rivalutazione del quadro clinico nel tempo e la possibilità di revisione degli interventi messi in atto.

La diagnosi è un processo difficile pieno di complicazioni organizzative, culturali e cliniche.

Tali difficoltà sono amplificate in ambito carcerario.

È doverosa una piccola premessa inerente l'importanza del processo certificatorio nelle carceri. Ricevere una diagnosi ed una conseguente certificazione di dipendenza da sostanze o alcol offre al detenuto la possibilità di ottenere i cosiddetti benefici di Legge.

In tal caso, gli è possibile chiedere all'Autorità Giudiziaria di scontare la propria pena, se inferiore ai 6 anni, non con la reclusione in carcere ma in regime di affidamento al Servizio Dipendenze sul territorio o in Comunità Terapeutica.

Anche una diagnosi di disturbo psichiatrico ha grandi implicazioni sull'iter detentivo e sulla storia giudiziaria.

Queste semplici considerazioni rendono evidenti la difficoltà e la delicatezza del tema "diagnosi" in questa realtà.

Alle già descritte difficoltà cliniche, si sommano istanze legate al desiderio legittimo di scarcerazione, alla necessità di accedere alle cure per la propria condizione patologica, alle problematiche legate ai tempi propri della Giustizia e, infine, alle dinamiche interne agli Istituti, che non hanno come propria missione la cura delle persone pur avendo l'obbligo di garantirne il diritto ai detenuti.

Più che in altri contesti, in ambiente carcerario è necessario garantire ai clinici un supporto nei processi decisionali attraverso la collaborazione con i Servizi operanti nella struttura e un dialogo aperto e costruttivo con chi svolge attività peritali, con la Direzione dell'Istituto, con l'Autorità Giudiziaria e con i Servizi esterni.

Il corretto processo diagnostico/certificatorio è importante anche per le ricadute sui Servizi operanti sul territorio.

In termini clinici, gli interventi intra carcerari hanno efficacia solo se si traccia una linea di continuum dentro e fuori le mura, garantendo così al paziente la continuità della presa in carico e della cura una volta dimesso dal carcere.

Il trattamento

Classicamente i modelli di intervento della comorbidità fanno riferimento alle tempistiche ed alle modalità di rapporto tra Psichiatria e Servizio Dipendenze.

Si riconoscono così tre modelli operativi:

- trattamento sequenziale: i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggior gravità e successivamente passati al trattamento degli altri disturbi;
- trattamento parallelo: il trattamento dei due disturbi avviene simultaneamente, i due Servizi specialistici possono essere o meno collegati tra loro, ma gli interventi sono indipendenti e perseguiti secondo i diversi approcci terapeutici e le diverse filosofie di Servizio;
- trattamento integrato: il trattamento viene fornito in un'unica Sede oppure nei due Servizi, ma all'interno di un programma condiviso tra i Servizi, in cui ognuno mette a disposizione competenze e risorse.

Certamente il trattamento integrato è preferibile agli altri modelli. Anche la letteratura richiama sulla correttezza di questo modello (21, 22, 23).

È coerente e risponde alla necessità di integrare le differenze di approccio clinico culturale dei due Servizi Specialistici.

Non è escluso che anche le altre forme possano funzionare a secondo del quadro clinico.

Non dovrebbe, però, verificarsi ciò a cui, di fatto, si assiste spesso nella realtà; sono frequenti, infatti, interventi sequenziali o paralleli in cui manca completamente una collaborazione tra Servizi e di conseguenza una presa in carico di insieme del paziente.

In questi casi, la frammentazione del sé, tipica dei quadri di dipendenza patologica e di molte patologie psichiatriche, viene replicata nel processo trattamentale.

Il trattamento del paziente comorbile porta a doversi misurare con situazioni cliniche di confine tra Servizi; pertanto è fondamentale che vi sia una fattiva collaborazione con la definizione dei ruoli e delle funzioni dei soggetti istituzionali coinvolti nel percorso di presa in carico.

Il percorso di cura dei pazienti comorbili è caratterizzato da molte ricadute in uno o, più spesso, in entrambi i disturbi, da un numero importante di abbandoni del programma e da una gravosità di cura molto significativa, essendo spesso presenti patologie internistiche, infettivologiche e gravi problematiche in ambito socio familiare (24).

Inoltre, molto spesso i pazienti comorbili faticano a rispettare le regole interne dei Servizi e, a causa della loro frequente instabilità emotiva, possono presentare atteggiamenti dirompenti o addirittura aggressivi.

Infine, i pazienti comorbili sono più a rischio per i gesti autolesivi, fino al suicidio (25).

Risulta, pertanto, comprensibile come la gestione di questi pazienti sia problematica e possa generare negli operatori reazioni espulsive o esporsi a problematiche di burn out, con ricadute sul buon funzionamento dei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze, esemplificativo il motto: dual diagnosis = double trouble.

Appare evidente che la presenza di un gruppo di lavoro o di una équipe multi professionale assume una valenza decisiva sia nella costruzione del percorso terapeutico più idoneo per il paziente che per la tutela della salute dell'operatore.

La gestione di pazienti così complessi richiede uno sforzo importante sia al singolo operatore che all'équipe del Servizio volto all'accettazione dei sintomi connessi alla malattia mentale ed alla condizione di dipendenza patologica; richiede, inoltre, un grande impegno ai diversi Servizi specialistici per un confronto rispettoso e costruttivo mirato alla co-costruzione di un percorso trattamentale individualizzato sul bisogno della persona.

La stesura di protocolli rappresenta uno strumento valido a definire la titolarità della presa in carico, designando il case manager, i tempi e le modalità di intervento, la condivisione di un PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) unico, e la definizione dei criteri e metodologie per attivare eventuali percorsi di residenzialità.

Questo ultimo punto riveste grande importanza nell'attività clinica, considerato che i circuiti delle strutture residenziali dedicati alla cura delle dipendenze e dedicati al trattamento delle malattie psichiche risultano, entrambi, fortemente carenti nell'offerta per la cura dei pazienti comorbili più complessi.

Questo tema è spesso motivo di scontro tra Psichiatria e Dipendenza, aspettandosi gli uni dagli altri una possibilità di inserimento facilitato e più idoneo.

Gli operatori della Psichiatria al pari di quelli delle Dipendenze conoscono bene quanto i programmi di cura richiedano tempi lunghissimi, sconosciuti ad altre branche mediche.

La cura dei pazienti comorbili richiede tempi ancora più lunghi.

"Prendersi tempo e dare tempo", riassumerei così l'atteggiamento utile nell'affrontare un percorso di cura in caso di comorbidità.

Il tempo del percorso di cura, ma anche il tempo dedicato nel singolo incontro con il paziente comorbile, rivestono una importanza straordinaria nella costruzione di un rapporto di fiducia, rendendo possibile l'attivazione di meccanismi di affidamento e vicinanza, decisivi per la riduzione dei drop out ed il rapido recupero dopo momenti di crisi e/o ricaduta nell'uso di sostanze.

Nella gestione di un paziente con disturbo psichiatrico è fondamentale utilizzare un ritmo che gli permetta di sentirsi a suo agio.

L'esperienza, generalmente, ci insegna quando accelerare, per esempio sulla frequenza degli appuntamenti o sugli obiettivi di cura, oppure quando attendere e concedere tempo.

Certo è necessario cercare di comprendere il rapporto dei due disturbi tra loro, quanto e come si influenzano ed in che modo il trattamento può essere efficace.

Non esiste un trattamento valido per tutti. Dal momento che sono pressoché infinite le combinazioni delle comorbidità, i trattamenti devono necessariamente essere individuali e rispondere alle singole esigenze e bisogni.

Come recentemente discusso in ambito congressuale (26), a grandi linee possiamo definire alcuni punti comuni per il trattamento della comorbidità:

- la disintossicazione e la possibilità di ricovero;
- la psicoterapia;
- la terapia farmacologica;
- i percorsi di supporto sociale;
- le associazioni ed il volontariato.

In caso di dipendenza da sostanza la disintossicazione è il primo vero e grande ostacolo che si incontra. È un momento molto delicato per diversi aspetti. Bisogna considerare la difficoltà, comune per ogni dipendente nel sospendere l'assunzione di una sostanza. Per il comorbile, in aggiunta, la sostanza riveste spesso il significato di farmaco, abbandonarla significa esporsi al rischio di non avere più un sollievo ed esporsi al dolore provocato dal disturbo psichiatrico. L'alcol, per esempio, è un buon "farmaco" sedativo, ansiolitico che permette di anestetizzare temporaneamente i dolori dell'anima. In questa fase l'accompagnamento rassicurante del clinico ed una corretta farmacoterapia rassicura il paziente consentendogli di accettare con fiducia il rischio di interrompere una cura che, per tanto tempo, è stata più o meno efficace. In questa fase e nei momenti di crisi, il ricorso al ricovero può essere necessario; in questo caso la presenza continuativa di assistenza garantisce la cura delle sofferenze dovute all'astinenza, rassicura il paziente e gli permette di restare in una condizione protetta, distante dalle tensioni sociali e familiari spesso presenti.

- Gli interventi psicoterapeutici, in tutte le loro forme, rappresentano una parte molto importante dei percorsi di trattamento della comorbidità. La taratura e l'opportunità dell'intervento deve tener conto delle condizioni psicopatologiche del paziente, del momento in cui il paziente si trova e della sua disponibilità. Può essere utile considerare l'utilizzo di altre strategie di intervento, sfruttando tecniche operative non verbali, quali ad esempio l'arte terapia, la musica terapia.
- Gli interventi di supporto sociale sono necessari nella quasi totalità dei casi, in considerazione del fatto che questi pazienti presentano spesso problematiche sociali e familiari e frequentemente necessitano di una gestione integrata con i Servizi Sociali del Comune. Assume grande valenza il concetto di rete di intervento, che travalica il rapporto tra Servizi Specialistici, e coinvolge i Servizi, le Istituzioni ed il mondo del Volontariato e Associazionismo presenti sul territorio. I gruppi di auto mutuo aiuto rispondono, per esempio, al bisogno di rompere la capsula di isolamento e di solitudine che spesso intrappola i pazienti psichiatrici, i pazienti con dipendenze patologiche ed ancor di più i pazienti comorbili. Frequentare un gruppo o comunque attività proposte sul territorio favorisce la creazione di reti amicali e, come avviene per Alcolisti Anonimi, la possibilità di avere un riferimento sempre presente e disponibile, cosa che i Servizi non possono offrire.
- L'utilizzo dei farmaci è un tema complicato e spesso fonte di discussione tra i clinici, non tanto per la loro utilità, il più delle volte indiscutibile, quanto per la scelta delle molecole e per le modalità prescrittive. La difficoltà risiede nella natura stessa della patologia comorbile, in cui il bisogno di trattare la sofferenza psichica si scontra con la struttura tossicomanica tipica della dipendenza. Esiste una classica condizione in cui l'utilizzo di un farmaco utile e indicato per il trattamento della dipendenza serve anche per il controllo del disturbo psichico, soprattutto del disturbo psicotico. Parlo del metadone, pilastro del trattamento della dipendenza da oppiacei, che, grazie alle sue caratteristiche farmacologiche ha evidenziato accanto al noto effetto sedativo anche un buon effetto antipsicotico (16). Purtroppo non è così lineare il trattamento per altre combinazioni dipendenza/disturbo psichiatrico. Il clinico ha un ampio ventaglio di farmaci, soprattutto di ambito psichiatrico, spesso ne disconosce le caratteristiche ed utilizza quelli a cui fa abitualmente ricorso. Sarebbe invece auspicabile conoscere le peculiarità dei farmaci per ridurre al massimo il rischio di sostituire l'abuso di sostanze con quello di psicofarmaci. Esempio tipico è quello delle benzodiazepine, dove è importante porre attenzione ai diversi gradi di potenza e alla emivita della molecole (27). La gestione della terapia farmacologica richiede misure di attenzione, che molto si avvicinano a quanto avviene nell'ambito delle Dipendenze. La terapia viene preferibilmente somministrata e/o con-

segnata al paziente nei Servizi, la prescrizione su ricetta espone al rischio di misuso e abuso. In ambito carcerario la gestione della terapia farmacologica si aggrava di altre complicazioni determinando ulteriori difficoltà per i terapeuti. Esigenze di cura, richiastività dei pazienti, mantenimento di un buon clima interno all'Istituzione, collaborazione con altri Servizi Sanitari che operano nell'Istituzione carceraria. Far fronte a questi elementi richiede una forte collaborazione tra tutti gli attori che, a vario titolo, operano nel Carcere. Così come avviene sul territorio emerge con ancor più forza l'esigenza di poter usufruire di iniziative, che impegnino il detenuto all'interno della struttura. È necessario offrire una alternativa allo "stordimento" dato dai farmaci, che permetta al paziente detenuto di concentrarsi su una attività e di orientare il proprio pensiero su altro, distogliendolo, anche se solo per qualche ora, da quel circolo vizioso in cui si intrecciano sofferenza psichica e craving per sostanze e farmaci.

Bibliografia

- (1) United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2000.
- (2) DSM-5 (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione*.
- (3) EMCDDA (2004). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*.
- (4) Benasayag M. (2007). *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli.
- (5) Cibn M. et al. (2014). L'alcol come elemento comune del poliabuso. *Medicina delle dipendenze MDD*.
- (6) Volkov N. (2008). *National Institute on drug abuse NIDA "Is there relationship between childhood ADHD and later drug abuse?"*.
- (7) Regier et al. (1999). *JAMA*, 264: 2511-8.
- (8) Clerici M., Carta et al. (1989). Substance abuse and psychopathology. *Psychiat Epemiol* 24
- (9) Pani et al. (1991). Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts. *Minerva Psichiatr.*, lug.
- (10) Tempesta et al. (1995). Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews, *Minerva set Psych*.
- (11) Fazel, Clerici et al. (2016). *Lancet Psychiatry*, 3: 871-881.
- (12) *XV rapporto sulle condizioni di detenzione*, a cura di Associazione Antigone, 2019.
- (13) Elbogun et al. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, Feb, 66(2): 152-61.
- (14) Cavaleri C. et al. (2020). Substance use disorder and violent behavior in patients with severe mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*.
- (15) Carpiello, Vita, Mencacci (2019). *Violence and mental disorders*. Springer, e-book, Nov.
- (16) Marenmani I. (2014). Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *Eur. Rev. Med. Pharmacology Sci*.
- (17) Ortiz-Medina M. et al. (2018). Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia develop. *Int. J. Soc. Psychiatric*, novembre.
- (18) Marconi A. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bull.*, Sept.
- (19) *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, anno 2021.
- (20) OMS (2009). *World report on violence and health*.
- (21) Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1031-1036.
- (22) Mueser K.T., Drake R.E., Noordsy D.L. (1998a). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4: 129-139.
- (23) Tirado Munoz J. et al. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Addictions*. Jan.
- (24) Giampieri M. et al. (2013). Doppia Diagnosi e consumo di risorse. *Journal of Psychopathology*, 19: 199-207.
- (25) Ismail M. et al. (2016). *Journal of the college of Physicians Pakistan*, vol. 26: 130-133.
- (26) Serio G. (2019). *Specificità della doppia diagnosi: il tempo della cura e la difficoltà del trattamento*. VIII Cong. Naz. FeDerSerD, ott.
- (27) Lugoboni et al. (2013). *Benzodiazepine, uso abuso e dipendenza*, CLAD onlus.

L'articolo è tratto dal volume "È possibile la salute in carcere? Salute mentale e Dipendenze: la complessità della cura". A cura di Pietro Buffa, Roberto Ranieri, Marco Riglietta, Concettina Varango (CeRCo Edizioni, Milano, 2022)



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>

giovedì
2 marzo
2023
9.00-17.00

LA MODERNITÀ E LE DIPENDENZE

Sala Convegni ORATORIO SAN FILIPPO NERI – **BOLOGNA**

ore 9.30 Apertura Convegno Regionale

Guido Faillace – Presidente Nazionale FeDerSerD

Marialuisa Grech – Responsabile Scientifico Convegno

Saluti Istituzionali

Sono stati invitati

Luca Rizzo Nervo – Assessore Welfare e Salute Comune di Bologna

Fabio Lucchi – Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Ausl Bologna

Lorenzo Roti – Direttore Sanitario Ausl Bologna

Alessio Saponaro – Responsabile salute mentale e dipendenze patologiche - Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia Romagna

ore 10.30 MODERNITÀ NELLA MEDICINA TERRITORIALE
E NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Moderatori: **Guido Faillace, Roberta Balestra**

Declinazione della modernità nella nuova medicina territoriale e in particolare nei servizi per le dipendenze – **Paolo Bordon (D.G. Ausl Bologna), Marialuisa Grech**

MODERNITÀ NEI PERCORSI DI CURA

Moderatori: **Antonella Manfredi, Giulia Audino**

Le nuove formulazioni nella terapia farmacologica agonista – **Marco Riglietta**

ore 12.00 MODERNITÀ E SERVIZI (parte 1)

Moderatori: **Giovanni Guescini, Catia Leoni**

Tavola rotonda

Professionisti in dialogo: esperienze innovative nel sistema di cura delle dipendenze nel territorio

▪ **Oltre i SerDP: Area 15, un servizio pubblico sociosanitario per giovani consumatori di sostanze e spazi digitali** – **Luca Ghedini**

▪ **Le storie che ci salvano: esperienze di narrazione autobiografica**

Tatiana Dodaro, Ornella Mastrobuoni

▪ **Prevenzione e trattamento della dipendenza iatrogena da farmaci oppioidi**
Stefano Valente

▪ **Gruppo di psicodramma analitico** – **Silvia Dicaro**

▪ **Il training orientato DBT per i consumatori di cocaina** – **Beatrice Bassini**

ore 14.30 MODERNITÀ COME FENOMENO SOCIALE

Moderatori: **Alfio Lucchini, Marialuisa Grech**

Dialogo con Sua Eminenza Cardinale – **Matteo Maria Zuppi**

ore 15.15 MODERNITÀ E SERVIZI (parte 2)

Moderatori: **Meri Bassini, Monica Covili**

Tavola rotonda

Professionisti in dialogo: esperienze innovative nel sistema di cura delle dipendenze nel territorio

▪ **Gruppo “in cammino”** – **Aurora Avola**

▪ **Giustizia riparativa a Casa Gianni, Open group: il progetto Kairos**
Nadia Brandalise

▪ **Terapia di gruppo online: un nuovo setting?** – **Mariagrazia Masci**

▪ **Fuori dai confini: territorio, relazione, spazio educativo**
Alessandra Di Toma, Lidia De Vido

▪ **“Facciamo i conti”** – **Elvira Antonina Aston**

▪ **Linguaggi non verbali nei laboratori espressivi: un approccio moderno alla rielaborazione clinica dei traumi nel trattamento residenziale di persone dipendenti vulnerabili, Comunità Papa Giovanni XXIII**
Alberto Zucchero

ore 17.00 *Take Home Messages* e compilazione questionario di verifica ai fini ECM
Chiusura Convegno

Il Convegno è accreditato ECM: ID ECM 908-371703 Obiettivo formativo 5 – Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie

Accreditamento ECM RESIDENZIALE per la figura professionale di **MEDICO** (tutte le specializzazioni), **PSICOLOGO** (psicoterapia; psicologia), **INFERMIERE, EDUCATORE PROFESSIONALE, FARMACISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA, ASSISTENTE SANITARIO, BIOLOGO** – n. 6 crediti formativi ECM assegnati. I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'**ASSISTENTE SOCIALE** secondo la normativa prevista dall'Ordine di riferimento – in attesa di assegnazione dei crediti formativi.

Per info e iscrizioni www.expopoint.it o www.federserd.it selezionando l'evento di riferimento.

PROVIDER ECM RES
Provider Accreditato Standard n. 908



www.federserd.it
federserd@expopoint.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi



 Via Matteotti, 3
22066 Mariano C.se - Co

 Tel. 031 748814
fax 031 751525

 segreteriacongressi@expopoint.it
www.expopoint.it

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>

16 marzo
17 marzo
2023

GIOVANI, CONSUMO DI SOSTANZE ED INTERVENTO PRECOCE FRA MITO E REALTÀ

Centro Congressi ENTERPRISE HOTEL – **MILANO**

giovedì 16 marzo 2023

ore 9.30 Apertura Congresso Regionale
Guido Faillace - Presidente nazionale FeDerSerD
Marco Riglietta - Presidente FeDerSerD Lombardia

1ª Sessione d'apertura

Moderano: **Marco Riglietta** (Bergamo) - **Edoardo Cozzolino** (Milano)

ore 9.40 **Epigenetica e Neurosviluppo** - **Giovanni Biggio** (Cagliari)

ore 10.25 **I comportamenti a rischio in adolescenza** - **Alfio Maggiolini** (Milano)

2ª Sessione - TAVOLA ROTONDA ISTITUZIONALE LA REALTÀ LOMBARDA NEGLI INDIRIZZI POLITICI E NEGLI INTERVENTI DEI SERVIZI

Moderano: **Carlo D'Elia** - Giornalista, Corriere della Sera - Milano

ore 11.20 Sono stati invitati:

- **Assessore Welfare Regione Lombardia**

- **Paola Sacchi** - DG Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria Regione Lombardia

- **Alfio Lucchini** - Membro Comitato di Indirizzo e Coordinamento Area Dipendenze Regione Lombardia

- **Simone Feder** - Membro Comitato di Indirizzo e Coordinamento Area Dipendenze Regione Lombardia

- **Antonio Vita** - Coordinamento Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) - Area Psichiatria

- **Paola Morosini** - Coordinamento Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) - Area Neuropsichiatria infantile

- **Marco Riglietta** - Coordinamento Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) - Area Dipendenze

- **Simonetta Spada** - Coordinamento Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) - Area Psicologia

- **Riccardo C. Gatti** - Coordinatore Tavolo Tecnico Dipendenze Regione Lombardia

3ª Sessione APPROCCIO PRECOCE E PROATTIVO

Moderano: **Alfio Lucchini** (Milano) - **Concettina Varango** (Lodi)

ore 14.15 **Giovani, alcol e policonsumo in Europa e Italia**
Sabrina Molinaro (CNR Pisa)

ore 14.45 **L'intervento precoce in alcologia** - **Giovanni Luca Galimberti** (Monza)

ore 15.15 **Il disturbo da uso di oppiacei fra storia, rischio e innovazione**
Marco Riglietta (Bergamo)

ore 15.45 **Precocità e proattività nello screening e trattamento di HCV nei consumatori di sostanze** - **Daniele Pini** (Torino)

ore 16.10 **Dai consumi alla dipendenza: il ruolo del trauma nello sviluppo di patologia**
Sandra Basti (Pavia)

ore 16.35 **L'acuzie in adolescenza: quali traiettorie possiamo intercettare**
Antonella Costantino (Milano)

ore 17.00 **Disturbi delle funzioni esecutive nelle dipendenze, innovazione negli strumenti diagnostici: la batteria BFE-A"** - **Doriana Lo Sasso** (Milano)

ore 17.45 Chiusura Lavori

venerdì 17 marzo 2023

4ª Sessione ESPERIENZE IN REGIONE LOMBARDA

Moderano: **Renato Durello** (Milano) - **Sandra Basti** (Pavia)

ore 9.00 **Teatro come cura - Laboratori teatrali con e per gruppi di utenti**
Claudio Tosetto (Varese)

ore 9.25 **I modelli di intervento precoce dell'Equipe di Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP) del SerD Territoriale dell'ASST Santi Paolo e Carlo**
Paola Coppin (Milano)

ore 9.50 **Destini Precari** - **Celeste Zaghenò** (Lodi)

ore 10.25 **Safe Driver, STOP&GO e non solo** - **Grazia Carbone** (Bergamo)

ore 10.50 **Il chemsex in Italia: risultati di un'indagine esplorativa**
Fabio Bellomi (Brescia)

ore 11.20 **L'aggancio precoce tra prossimità e remoto** - **Roberto Poli** (Cremona)

ore 11.45 **Aggancio precoce e trattamento dei minori con problematiche di uso di sostanze** - **Cinzia Assi** - **Valentina Camparota** (Gorgonzola)

5ª Sessione RIFLESSIONI ED INDICAZIONI PER UN INTERVENTO PRECOCE

Moderano: **Maurizio Fea** (Pavia) - **Claudio Tosetto** (Varese)

ore 12.30 **Adolescenza, patologia, cronicità: l'importanza della prossimità e dell'integrazione sociosanitaria per l'intercettazione precoce e la presa in carico personalizzata**
Roberta Balestra (Trieste)

ore 13.00 **Intervento precoce, limiti e opportunità** - **Edoardo Cozzolino** (Milano)

ore 13.45 **Take Home Messages**
Compilazione del questionario di verifica ai fini ECM

ore 14.00 Chiusura Convegno

Il Convegno è accreditato ECM: ID ECM 908-373743 Obiettivo formativo 5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie

Accreditamento ECM RESIDENZIALE per la figura professionale di **MEDICO** (tutte le specializzazioni), **PSICOLOGO** (psicoterapia; psicologia), **INFERMIERE, EDUCATORE PROFESSIONALE, FARMACISTA, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA, ASSISTENTE SANITARIO, BIOLOGO** - n. 7 crediti formativi ECM assegnati. I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'**ASSISTENTE SOCIALE** secondo la normativa prevista dall'Ordine di riferimento - in attesa di assegnazione dei crediti formativi.

Per info e iscrizioni www.expopoint.it o www.federserd.it selezionando l'evento di riferimento.

PROVIDER ECM RES
Provider Accreditato Standard n. 908


FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

www.federserd.it
federserd@expopoint.it

Copyright © FrancoAngeli

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi


CONGRESSI
EVENTI
COMUNICAZIONE


Via Matteotti, 3
22066 Mariano C.se - Co


Tel. 031 748814
fax 031 751525


segreteriacongressi@expopoint.it
www.expopoint.it

*Care colleghe, cari colleghi
Soci della federazione, lettori, operatori del sistema delle dipendenze*

Il 2023 è iniziato con grandi tragedie per l'umanità e i soliti problemi per noi professionisti e per i nostri pazienti.

Le risorse in personale e finanziamenti sono sempre più ridotte e in tante parti del Paese l'accesso alle cure non è garantito.

FeDerSerD prosegue la sua azione sia a livello istituzionale sia accanto ai Servizi per salvaguardare e potenziare la sanità pubblica territoriale e garantire livelli di operatività dignitosi nei Ser.D. e nelle strutture del privato sociale.

Come abbiamo documentato siamo riusciti, unica società scientifica del settore coinvolta, con un lavoro intenso con Agenas, a contribuire a definire per il Ministero della Salute e la Conferenza Stato-Regioni le coordinate per gli standard di personale dei Ser.D. e i livelli di organizzazione.

Prosegue la battaglia per una organizzazione autonoma dipartimentale del settore e per la dignità di una formazione post universitaria che si qualifica solo con il riconoscimento della disciplina e di scuole di specializzazione.

Cari colleghi, come spesso affermiamo il senso della esistenza di FeDerSerD sta già nel suo nome: assicurare ai cittadini italiani il diritto alle cure con Servizi multidisciplinari reali e livelli organizzativi specifici nella sanità territoriale.

Iscrivetevi alla Federazione per il 2023: potrete gratuitamente accedere a tutti gli eventi congressuali in presenza e a tutti i webinar con FAD

sincrone sui vari temi di interesse, che nell'anno consentono di assolvere ai requisiti ECM.

Quest'anno celebreremo a Bergamo, capitale italiana della cultura con Brescia, il XII Congresso nazionale dal 25 al 27 ottobre.

La Scuola superiore di Formazione "Rita Levi Montalcini" proseguirà il suo sviluppo e uno dei suoi prodotti, il corso "Under 40 e nuovi assunti", assumerà la forma di Master con ulteriore sviluppo delle aree formative.

Con gli eventi formativi abbiamo avuto modo di incontrarci ed essere vicini alle esigenze del nostro sistema e vostre in particolare.

Oltre 12 mila professionisti hanno partecipato ai nostri eventi, sia delle professioni specifiche del settore: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali dei Ser.D. e delle Comunità, sia operatori nei Servizi di salute mentale, nei consultori, negli Ospedali, nei Distretti e nella Medicina di base.

I Soci di FeDerSerD nell'area riservata del sito www.federserd.it hanno a disposizione i lavori scientifici dei diversi webinar, dei corsi, seminari e convegni residenziali.

La rivista scientifica Mission, organo ufficiale di FeDerSerD, offerta gratuitamente a tutti gli interessati in forma digitale, aumenta la capacità di interfaccia con i professionisti del settore ed è uno strumento per valorizzare il vostro lavoro scientifico.

Con la vostra adesione alla Federazione proseguiamo insieme a rispondere sempre meglio ai 300 mila cittadini che si presentano ai nostri SerD ogni anno.

1 gennaio 2023

Il Presidente (Dott. Guido Faillace)



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Guido Faillace (presidente)
- Roberta Balestra (vicepresidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Felice Nava (direttore comitato scientifico)
- Giulia Audino, Liborio Cammarata,
- Roberto Carrozzino, Edoardo Cozzolino,
- Donato Donnoli, Maria Luisa Grech,
- Antonella Manfredi, Lilia Nuzzolo,
- Margherita Taddeo, Alessandro Coacci (p. president),
- Fausto D'Egidio (p. president),
- Alfio Lucchini (p. president), Vincenzo Lamartora,
- Marco Riglietta, Giovanni Galimberti,
- Liliana Schifano, Rosalba Cicalò, Angelo Solinas,
- Giorgio Serio, Vincenza Ariano, Giorgio Pannelli,
- Daniele Pini, Paola Trotta, Stefano Burattini,
- Mara Gilioni, Maurizio D'Orsi, Bettina Meraner,
- Francesco Sanavio, Roberto Calabria, Meri Bassini,
- Andrea Monculli

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 2023 - 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 2023
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2023
- 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 _____