

EDITORIALI

Un impegno delle Istituzioni alla valorizzazione del sistema di intervento per le dipendenze alla luce delle evidenze della Relazione al Parlamento 2024

Roberta Balestra, Augusto Consoli, Caterina Pozzi, Biagio Sciortino, Luciano Squillaci 1

Consumi problematici e dipendenze giovanili: approccio precoce ed interventi specialistici innovativi dei Ser.D.

Roberta Balestra, Antonina Contino, Mimma Romano, Adriana Iozzi, Tiziana Antonini, Daniela Barbini, Paola Coppin 5

LE RUBRICHE

**Contaminazioni
"E mi no firmo"**

Maurizio Fea 16

**La Finestra dei consumatori
Sull'infanzia**

Federico 18

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Umberto Fiori 19

Enzo Lamartora

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Buprenorfina impianto sottocutaneo: prime valutazioni sull'utilizzo in un Ser.D.

Roberta Marenza, Liliana Praticò, Andrea Corbetta, Giovanni Plebani, Manuel Cornolti, Marta Vaiarini, Marco Riglietta 20

PAPER SCIENTIFICO

L'Innovazione dei Farmaci Long Acting. Manifesto per l'appropriata gestione della persona detenuta con disturbo da uso di oppioidi

Tratto da: Carmelo Cantone, Felice Alfonso Nava, Marco Riglietta, Francesca Sassano, Biagio Sciortino, Gennaro Sosto, Sarah Vecchio 23

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Delirio e gioco d'azzardo: la fuga dalla realtà

Valentina Generani, Serena Marchesi 38

CULTURA E SOCIETÀ

La clinica delle dipendenze nelle poesie dell'Italia contemporanea

Vincenzo Lamartora 42

FeDerSerD/FORMAZIONE

"Un paziente unico", Congresso a Firenze, 10/12/2024 49

Focus su disturbi depressivi, schizofrenia e consumo di sostanze. FAD Asincrona 50

FeDerSerD Informa n. 37 52

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

Un impegno delle Istituzioni alla valorizzazione del sistema di intervento per le dipendenze alla luce delle evidenze della Relazione al Parlamento 2024

La Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia, editata ogni anno a cura del Dipartimento per le politiche antidroga, secondo quanto previsto dal Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza - DPR n. 309/90, è un'importante occasione per fare il punto sull'evoluzione del fenomeno del consumo di sostanze psicoattive, sullo stato di salute della popolazione interessata e sulle attività preventive, terapeutiche e riabilitative messe in atto. Contribuisce inoltre a supportare le decisioni relative alla scelta e realizzazione di strategie e progetti di intervento nei territori regionali.

La Relazione presentata quest'anno, relativa ai dati rilevati nel 2023, riporta diversi spunti che hanno stimolato una riflessione ed un commento condiviso tra Società scientifiche e realtà nazionali di coordinamento del Terzo Settore.

FeDerSerD, SITD, CNCA, FICT ed INTERCEAR evidenziano pertanto alcuni aspetti salienti del documento e alcune problematiche connesse all'attuale scenario.

La descrizione del fenomeno del consumo

All'interno della Relazione si approfondiscono quasi esclusivamente le caratteristiche del consumo che avviene nel mondo giovanile, tema assolutamente centrale; tuttavia sarebbe molto utile riferire le evidenze sanitarie e sociosanitarie riscontrate nei diversi gruppi di consumatori, per mettere a disposizione della vasta platea degli addetti ai lavori informazioni aggiornate ed esaustive sui molti aspetti sanitari e sociali di rilievo.

Fare il punto sulla diffusione e le modalità del consumo di sostanze tradizionali e di nuova sintesi, sia legali che illecite, sulle dipendenze comportamentali, sui principali fattori di rischio e di protezione, sulle conseguenze sulla salute delle diverse forme di consumo problematico e di dipendenza.

Questa scelta potrebbe essere utile a spiegare la penetrazione del fenomeno nella popolazione, le principali motivazioni che sono alla base delle diverse forme di consumo, le somiglianze e le differenze tra i comportamenti di consumo nelle diverse generazioni e nelle diverse fasce di popolazione, la capacità del sistema dei servizi di assicurare interventi appropriati ai diversi livelli necessari.

- **Disturbo da uso di alcol e terapie farmacologiche: a che punto siamo?** 

Marco Riglietta

- **Guida in stato di ebbrezza tra i giovani. Un'indagine sulle motivazioni, sui fattori deterrenti e sul rischio percepito** 

Carlo Fusari, Sara Rolando

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XI, n. 41

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVIII, 2024 - N. 67

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUGI Trieste; Claudio Barbanelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Caviechi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, Pescara; Riccardo C. Gatti, 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 Verona; Marco Riglietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Marialuisa Buzzi (Bergamo); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Liliana Praticò (Bergamo); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Concettina Varanog (Lodi)

Editorial Office

CeRCo, Milano
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 30 settembre 2024

ISSN 3034-8986

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>



È ormai tempo di affrontare in un'ottica integrata il problema delle diverse forme di dipendenza, superando l'attuale visione frammentaria e parziale.

Gli interventi di prevenzione

In relazione agli interventi di prevenzione viene riportato, nella sintesi introduttiva della Relazione, il numero di 289 interventi.

Va considerato che nella realtà quotidiana praticamente tutti i Ser.D. delle Aziende Sanitarie effettuano interventi di prevenzione universale, selettiva ed indicata, anche in collaborazione con servizi del privato sociale; ci sembra quindi importante distinguere l'attivazione di nuovi progetti rispetto alla grande mole di iniziative e di attività istituzionali presenti nelle realtà territoriali delle nostre regioni.

È necessario sviluppare maggiormente queste attività, che rischiano di essere penalizzate a causa della scarsità degli investimenti che vengono fatti nel settore delle dipendenze; va sottolineata inoltre la necessità di adottare metodologie e strumenti in grado di valutare la congruenza, la sostenibilità e l'efficacia degli interventi che vengono realizzati, sia a livello nazionale che locale.

Il Sistema dei servizi per le dipendenze in Italia

Nella Relazione al Parlamento non si approfondiscono gli obiettivi di salute raggiunti grazie alla presa in carico specialistica effettuata in modo integrato; si descrivono in minima parte le attività erogate, sia che si parli di interventi terapeutici che di interventi riabilitativi o di reinserimento sociale.

Sui Ser.D., nodi territoriali essenziali del Sistema Sanitario Nazionale, si spendono poche parole, pur fotografando un aumento delle persone seguite nel corso del 2023, a fronte di una diminuzione degli operatori in ruolo.

Si evidenziano i profili e la composizione del personale professionale dei diversi servizi presenti sul territorio italiano, ma non si fa cenno agli standard di personale che sarebbero necessari per curare in modo appropriato le dipendenze comportamentali e da sostanze psicoattive.

Nulla si dice sulle carenze, sempre più gravi, che sono all'origine delle pur citate disomogeneità regionali nell'offerta terapeutica, delle disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza previsti dal Ministero della Salute.

Allo stesso modo sarebbe stato utile richiamare i significati del privato sociale accreditato, soprattutto per quanto attiene al concetto stesso di "comunità".

La comunità terapeutica è un ambiente specializzato che offre un approccio multifattoriale alla cura, accogliendo la persona e concentrandosi non solo sul trattamento dei sintomi, ma anche sul benessere psicologico, sociale e fisico della persona, basandosi sul concetto di ambiente terapeutico, riconoscendo che ogni interazione e relazione all'interno della comunità può avere un valore terapeutico.

Il sistema integrato dei servizi per le dipendenze italiano è stato considerato da sempre un modello organizzativo positivo a livello internazionale, per la sua articolazione territoriale e per la sua sinergia tra servizi pubblici e del privato sociale, in grado di offrire risposte accessibili, realizzate nei setting ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, a diversa intensità assistenziale, in coerenza coi bisogni delle persone.

Per sostenere questo Sistema dei Servizi è necessario investire risorse adeguate, sviluppare la sanità territoriale, garantire gli standard di personale previsti nel Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, integrato con gli standard per l'assistenza territoriale dei servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere.

Ripensare quindi integralmente il sistema in termini moderni, rendendolo maggiormente idoneo ad "intercettare" i giovani, il bisogno sommerso e le dipendenze comportamentali.

Sostenere a tal fine modelli di intervento comunitari e territoriali di prossimità realmente integrati, garantendo una concreta sinergia tra gli attori del pubblico e del privato sociale.

Il Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017 e ss.mm.) riconosce il valore e la funzione pubblica di questi Enti, promuove forme di collaborazione tra Enti Pubblici e Enti del Terzo Settore, che in alcune circostanze possono anche caratterizzate dalla condivisione di specifiche funzioni e responsabilità. Nel settore delle dipendenze in questi anni sono state messe a sistema numerose "buone prassi" nei territori regionali, attraverso percorsi innovativi di coprogrammazione, progettazione ed accreditamento, finalizzati a migliorare l'offerta di prevenzione e cura.

La riduzione del danno

Nella Premessa della Relazione al Parlamento viene dichiarato che il punto di vista della riduzione del danno è da considerarsi superato e fallimentare.

La riduzione del danno rientra in realtà a pieno titolo nelle attività di prevenzione, più precisamente nella prevenzione terziaria o nella prevenzione indicata, a seconda della classificazione di riferimento.

Ciò significa che nelle malattie già diagnosticate e sintomatiche, a decorso cronico come può essere la dipendenza, tale tipologia di prevenzione ha l'obiettivo di ridurre l'insorgenza di complicazioni, che possono essere anche di particolare gravità; questa strategia preventiva costituisce, dal punto di vista culturale ed operativo, il fondamento della medicina pubblica.

Nelle dipendenze la riduzione del danno è compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017, quindi rientra nel mandato istituzionale dei professionisti che operano nel settore, proprio a fronte della sua comprovata efficacia.

Se nella Relazione al Parlamento si è potuto descrivere un andamento in miglioramento di alcuni indicatori sanitari correlati al consumo di sostanze è il risultato anche degli interventi di riduzione del danno messi in atto dalla rete dei servizi pubblici e del privato sociale.

Si evidenzia quindi la necessità di valorizzare l'insieme degli interventi utili a salvaguardare la salute dei cittadini, in coerenza con le evidenze di efficacia sostenute da ricerche e studi di carattere nazionale ed internazionale.

Come professionisti del settore rimaniamo doverosamente ancorati ad un approccio tecnico scientifico e non possiamo che allinearci con quanto ribadito a proposito della riduzione del danno dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT di Lisbona), nelle sue Linee Guida per la prevenzione ed il controllo delle patologie infettive nei consumatori di droghe per via iniettiva.

In queste Linee guida vengono allegare robuste evidenze scientifiche di efficacia.

Gli interventi di prevenzione e di riduzione del danno sono particolarmente importanti in questo momento storico, in cui è stato lanciato l'allarme per la crescente diffusione di potenti sostanze sintetiche.

Il recente Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di fentanyl e di altri oppioidi sintetici sottolinea la necessità di sviluppare azioni preventive efficaci per ridurre i decessi per overdose e gli avvenimenti correlati alla droga: la diffusione di farmaci antidoto come il naloxone, l'effettuazione di analisi precoci delle sostanze in circolazione, la diffusione di informazioni scientifiche tempestive tra i consumatori e gli operatori dei servizi della rete.

L'abuso di sostanze legali e illegali

Uno sguardo corretto sul fenomeno dei consumi problematici che impattano negativamente sulla salute richiede che si affrontino tutte le sostanze, sia illegali che legali.

Occorre approfondire la conoscenza e sviluppare ulteriori interventi sull'abuso di farmaci e psicofarmaci, sull'ampia diffusione del tabagismo, sull'uso problematico e la dipendenza da alcolici; si concorda quindi con quanto consigliato nella Relazione, cioè di evitare "ambiguità e ammiccamenti", correndo il rischio di concentrarsi solo su certe sostanze e su certi comportamenti assuntivi, anziché avere uno sguardo complessivo ed articolato sull'intera problematica del consumo di sostanze legali e illegali e sull'impatto sulla salute collettiva.

In particolare la dipendenza da sostanze psicoattive legali come l'alcol ed il tabacco è all'origine del maggior numero di patologie evitabili correlate.

Riduzione overdose, decessi e prescrizione terapie con farmaci agonisti

La Relazione al Parlamento evidenzia la graduale riduzione dei decessi per overdose nel nostro Paese a partire dagli anni '90.



(Lettera inviata il 30 luglio 2024 all'attenzione dell'On. Alfredo Mantovano, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, con Delega alle Politiche antidroga)

Questo risultato è correlato sia all'estesa pratica di prevenzione e riduzione del danno che all'impiego appropriato dei farmaci specifici indicati per curare la dipendenza da oppiacei.

L'impiego di questa categoria di farmaci, con diverse formulazioni a base di metadone e buprenorfina, viene definito nella Relazione al Parlamento 'trattamento farmacologico sostitutivo', mentre la denominazione corretta è quella di trattamento con farmaci "agonisti degli oppiacei", in quanto mirato non a sostituire la droga, ma a curare gli squilibri neurologici determinati dalla sostanza e la conseguente sintomatologia.

Solo quando la situazione clinica è stabilizzata la persona riesce a sospendere l'assunzione di sostanza e ad iniziare il proprio programma terapeutico riabilitativo.

Il trattamento con agonisti degli oppioidi è un intervento consolidato ed attuato in tutti i paesi europei; il metadone è il farmaco più utilizzato, seguito dalla buprenorfina.

Il corretto impiego dei farmaci agonisti, come conferma la ponderosa e pluridecennale letteratura scientifica internazionale, garantisce inoltre protezione dalle overdose e facilita lo sviluppo dei percorsi di reinserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenza da oppiacei.

Queste indicazioni operative sono state ribadite anche per prevenire le gravi conseguenze dell'abuso di fentanyl da Nora D. Volkow, direttrice del National Institute on Drug Abuse (NIDA) (<https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2024/07/to-address-the-fentanyl-crisis-greater-access-to-methadone-is-needed>).

Il NIDA è un punto di riferimento mondiale per la ricerca scientifica sugli aspetti sanitari legati all'uso di droghe e alla dipendenza.

Parlare in modo critico ed inappropriato di tali farmaci ha ricadute negative sulla salute dei soggetti, in quanto alimenta pregiudizi e diffidenze che sono all'origine del ritardo nella richiesta di aiuto ai servizi da parte delle persone e dei loro familiari.

Ricordiamo a questo proposito come gli anni di patologia non curata peggiorino l'evoluzione clinica e la prognosi della malattia.

La partecipazione e il coinvolgimento delle Società scientifiche di settore

Un ultimo spunto di questa nota elaborata a margine della Relazione al Parlamento è relativo al ruolo ed al coinvolgimento delle Società Scientifiche.

Fatta eccezione per l'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI), nel report nazionale non si dà conto del contributo delle Società Scientifiche di settore, che da decenni offrono alle istituzioni nazionali e locali il loro contributo specialistico sui molteplici aspetti complessi del fenomeno dei consumi e delle dipendenze.

Per il prossimo futuro si chiede un maggiore coinvolgimento delle nostre Società scientifiche da parte del Dipartimento per le politiche antidroga e del Ministero della Salute, affinché la lettura delle problematiche in continuo divenire e la messa a punto delle soluzioni di intervento più idonee possa essere il risultato di un lavoro multidisciplinare e sinergico realizzato con i professionisti dei servizi del settore.

Distinti saluti

Roberta Balestra, Presidente Nazionale FeDerSerD
Augusto Consoli, Presidente Nazionale SITD
Caterina Pozzi, Presidente Nazionale CNCA
Biagio Sciortino, Presidente Nazionale INTERCEAR
Luciano Squillaci, Presidente Nazionale FICT



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>

Consumi problematici e dipendenze giovanili: approccio precoce ed interventi specialistici innovativi dei Ser.D.

Roberta Balestra*, Antonina Contino**, Mimma Romano***, Adriana Iozzi****, Tiziana Antonini*****, Daniela Barbini°, Paola Coppin^{oo}

Introduzione

L'adolescenza è il periodo evolutivo che segna la transizione dall'infanzia all'inizio della vita adulta; comincia intorno ai 10-12 anni e finisce tra i 18 e i 22 anni.

Sono anni caratterizzati da cambiamenti fisici, cognitivo-cerebrali, comportamentali, emotivi, relazionali e dalla ricerca di significati. L'adolescenza è quel tempo in cui "cerco la mia forma ma sono deformato" (Hersch, 2006).

La realizzazione di questi compiti evolutivi comporta fasi di incertezza, instabilità e immaturità ed è inevitabilmente attraversata da conflitti, nel mondo interno ed in quello esterno (Lancini *et al.*, 2020).

Il faticoso compito evolutivo, ed i rischi per la salute psichica ad esso connessi, si evidenzia oggi nell'incidenza di disturbi mentali, che rappresentano il 16 per cento del carico globale di malattie nella fascia 10-19 anni; tra questi le diagnosi di disturbo d'ansia e disturbo depressivo incidono per il 40 per cento.

La necessità di considerare il periodo adolescenziale come una fase del ciclo di vita a cui porre particolare attenzione è ampiamente condivisa da tutta la comunità professionale e scientifica.

Per tale ragione i professionisti dei servizi dell'età di transizione hanno avviato in numerose realtà italiane un confronto interdisciplinare volto a sviluppare proposte più precoci, attrattive ed efficaci.

Numerosi studi evidenziano che il 78 per cento dei bambini in carico ai servizi per disagio mentale durante l'infanzia, rischia di sviluppare manifestazioni psicopatologiche più gravi nelle fasi di vita successive.

Secondo il report "Global Mental Health", il 75% dei disturbi mentali si manifesta in maniera sintomatologicamente evidente entro i 25 anni ed un ritardo nella presa in carico, un lungo periodo di latenza e di malattia non trattata, sono fattori che aggravano la prognosi.

Inoltre i disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza non adeguatamente trattati spesso evolvono in età adulta e richie-

dono una presa in carico prolungata.

A questi dati, si aggiunge quello preoccupante sull'incidenza del suicidio, seconda causa di morte tra le persone di età compresa tra i 10 e i 25 anni.

Altrettanto allarmanti i dati sugli incidenti stradali, che costituiscono la prima causa di morte dei giovani; l'Istituto Superiore di Sanità segnala che l'assunzione di sostanze psicotrope è fra le principali cause di incidenti stradali gravi e mortali proprio nei ragazzi fra i 15 ed i 24 anni.

Il rapporto DEKRA sulla sicurezza stradale 2022 "Mobilità dei giovani" segnala che gli incidenti stradali nella fascia d'età 18-24 anni hanno causato nel 64% dei casi la morte del guidatore o del passeggero al suo fianco, rispetto al 44% della popolazione complessiva.

La pandemia, inoltre, ha notevolmente aumentato i casi di disagio psicoemotivo nei giovani e gli effetti a lungo termine non sono ancora valutabili.

Non possiamo infine non tenere conto del ruolo essenziale di facilitazione del consumo che gioca il mercato, con la capillare diffusione dell'offerta di molteplici sostanze, anche tramite web, a costi contenuti.

Caratteristiche della presa in carico terapeutica

Le probabilità di successo terapeutico crescono se si riesce ad essere tempestivi; tale evidenza rimanda alla responsabilità di programmare e realizzare interventi precoci, anche "di prossimità" nel territorio. Intervento precoce non significa "prima del tempo", "prematuro", ma "a tempo" e soprattutto, come sottolinea Larsen TK *et al.* (2001), "prima di quanto sia usuale"...(Cocchi e Meneghelli, 2004).

Il razionale degli interventi precoci è sostenuto dal fatto che la riduzione della durata del disturbo non trattato, attraverso interventi di valutazione tempestiva e trattamenti mirati già nelle primissime fasi di malattia, può migliorare gli esiti a breve e a lungo termine; l'approccio *early detection and early intervention* è fortemente consigliato in quanto influenza la prognosi di molti disturbi.

L'esperienza clinica e le ricerche attuali indicano che tale approccio consente di "invertire la rotta" (Meneghelli e Bislenghi, 2003), di ritardare o moderare le conseguenze di malattia psichica, di avviare un processo di miglioramento più rapido e stabile e di garantire una migliore qualità di vita.

L'adolescente richiede specifici approcci valutativi, diagnostici e terapeutici.

La fluidità di quest'epoca della vita, caratterizzata da instabilità psichica, corporea e relazionale, costringe i professionisti e gli psicoterapeuti a muoversi con cautela.

Il sintomo (es. assunzione di sostanze, gesti di autolesionismo) svolge una duplice funzione; infatti da un lato segnala il disagio, comunica il dolore, la profonda sofferenza individuale, dall'altro "rappresenta la personalissima modalità di autosomministrarsi una prima forma di cura, un'automedicazione urgente, messa in atto per mitigare un dolore mentale insopportabile, che rischia di portare alla follia" (Lancini *et al.*, 2020).

La dipendenza in adolescenza, al pari di altre manifestazioni di malessere psichico (ansia, gesti autolesivi, problematiche relative al

* Direttrice Area dipartimentale dipendenze, Azienda ASUGI, Trieste. Presidente Nazionale FeDerSerD.

** Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Consumi e Dipendenze giovanili, Area dipartimentale dipendenze, Azienda ASUGI, Trieste.

*** Psicologa psicoterapeuta, Struttura Semplice Dipartimentale Consumi e Dipendenze giovanili, Area dipartimentale dipendenze, Azienda ASUGI, Trieste.

**** Direttrice UFC SerD Firenze 1, AUSL Toscana Centro.

***** Referente Equipe Diagnosi e Trattamento Precoce, SC Territoriale Ser.D., Azienda ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.

° Psicologa Psicoterapeuta, Equipe di Diagnosi e Trattamento Precoce, SC Ser.D. Territoriale, Azienda ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.

^{oo} Medico psicoterapeuta, già coordinatrice Equipe di Diagnosi e Trattamento Precoce, SC Ser.D. Territoriale, Azienda ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.

comportamento alimentare, aggressività, antisocialità, insuccesso scolastico e ritiro sociale, dipendenze da sostanze e da internet) può essere riletta secondo il paradigma adattivo ovvero in funzione delle dinamiche di rapporto tra il giovane ed il suo ambiente. Nello svolgimento dei compiti evolutivi possono esserci veri e propri blocchi che, a loro volta, alimentano le paure e la sofferenza di questa fase.

Il consumo di sostanze, l'investimento nella tecnologia, possono essere un tentativo di fronteggiare situazioni di malessere, una scorciatoia per non sentire la sofferenza; possono essere una risposta, seppur disfunzionale, alle istanze stressanti della società, della famiglia e dei gruppi di pari.

Per questa ragione è necessario non patologizzare ma nemmeno sottovalutare il sintomo.

“Col termine intervento clinico intendiamo fare riferimento non tanto o non solo ad esperienze cosiddette di ‘ascolto’ o di ‘counseling’, nelle quali è in primo piano l’aspetto decisionale, informativo, di orientamento e di sostegno al percorso evolutivo del singolo adolescente e del suo contesto di crescita (genitori, docenti, educatori, piccolo gruppo di amici o di compagni di classe), bensì agli interventi che si fanno carico del dolore mentale del singolo adolescente e delle sue enigmatiche espressioni psichiche, relazionali, corporee. Questi interventi meritano la definizione di ‘clinici’ in quanto hanno obiettivi trasformativi, sia per ciò che concerne il funzionamento mentale del soggetto che la qualità delle relazioni che intrattiene con gli adulti e coetanei del suo contesto di crescita” (Charmet).

La cura della relazione è uno dei cardini fondamentali della presa in carico.

L'équipe lavora, sin dall'inizio, per vincere le naturali resistenze iniziali e far sì che il giovane possa fidarsi e affidarsi all'operatore riconoscendone la funzione d'aiuto.

Una relazione forte ed empatica consente altresì di favorire un riaggancio precoce in caso di ricadute, di drop out dei programmi terapeutici e di allontanamento dagli obiettivi stabiliti all'interno del programma.

Una buona relazione si nutre anche della “ricchezza” dello spazio in cui questa si crea.

Pertanto una grande attenzione deve essere dedicata alla cura degli ambienti e del clima organizzativo interno, alla ricchezza delle proposte socio-riabilitative e terapeutiche da parte dell'équipe multiprofessionale.

Il cosiddetto *modello evolutivo* tende a sviluppare una maggiore ed efficace alleanza con le motivazioni fase specifiche, per trovare soluzioni adattive in tempi brevi.

Gli interventi terapeutici devono essere orientati prioritariamente ad aiutare i giovani e i loro adulti di riferimento a comprendere il significato clinico e relazionale del sintomo per affrontare la crisi, evitare la ricaduta e superare il periodo di stallo.

L'adolescente, con i suoi sintomi, è parte di un complesso sistema familiare e relazionale che deve essere coinvolto nel percorso di cura ed aiutato a promuovere cambiamenti maggiormente adattivi e a trovare strategie comunicative e relazionali meno disfunzionali. Nel progredire del programma terapeutico il ricorso alle sostanze viene riletto come una risposta sbagliata ad una giusta istanza adolescenziale di differenziazione ed emancipazione.

Tale lettura del sintomo, condivisa tra terapeuta e paziente e tra figli e genitori, facilita il superamento del blocco evolutivo e la ripresa del percorso di crescita ed emancipazione di tutti i membri del sistema.

L'obiettivo auspicabile nel maggior numero di situazioni è la ripresa delle attività e degli interessi tipici del periodo, per evitare la cronicizzazione del disturbo.

Il paradigma di “malattia cronica recidivante” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità risulta qui inappropriato: l'intervento precoce in età evolutiva permette infatti di pensare alla guarigione del paziente ed alla sua dimissione.

Nel lavoro con i giovani ha un'importanza strategica la gradualità, ossia il porsi obiettivi di percorso anche piccoli e parziali, che una volta raggiunti consentono di valorizzare il lavoro compiuto e mo-

tivano il ragazzo o la ragazza a procedere nell'investimento personale, cognitivo ed emotivo.

La compresenza di tematiche relative all'adolescenza e alle dipendenze, rende il percorso di presa in carico molto complesso; le necessarie collaborazioni interdisciplinari con altri specialisti dell'età evolutiva, in primis con i Neuropsichiatri dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), con i Dipartimenti di Salute mentale (DSM), con i Servizi dell'Emergenza Sanitaria, consentono di assicurare una corretta valutazione diagnostica, di impostare bene le necessarie terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, di affrontare eventuali comorbidità, di gestire le situazioni di acuzie e di crisi, di individuare il programma personalizzato terapeutico-riabilitativo.

Sono inoltre fondamentali i rapporti e i progetti con i servizi sociali territoriali dei Comuni e con i servizi del Terzo Settore, nonché con la scuola e le realtà locali di riferimento per i percorsi di formazione, socializzazione e reinserimento sociolavorativo, così come la collaborazione con i servizi del Ministero della Giustizia in caso di problemi giudiziari.

Per programmi a maggiore complessità ed intensità, si valuta anche l'inserimento in strutture comunitarie accreditate, meglio se specializzate nel trattamento dei giovani; tali realtà non sono ancora presenti in tutte le regioni italiane e a volte si rendono necessari inserimenti in comunità extraregionali, con il rischio di penalizzare la continuità terapeutica ed il lavoro terapeutico con la famiglia e il contesto di vita.

Si vuole sottolineare la delicatezza della fase di passaggio dalla minore alla maggiore età, che appare essere la più scoperta in termini di presa in carico e continuità dei percorsi di cura, in quanto coincidente con il passaggio di competenza tra Servizi per l'età evolutiva e Servizi per l'adulto, non sempre disciplinato da adeguati protocolli interdisciplinari.

In tal senso la proposta di Servizi per le dipendenze rivolti all'utenza under 25 è utile ad assicurare una continuità terapeutica in questa fase di transizione.

L'approccio ottimale dovrebbe essere quello di equipe interdisciplinari funzionalmente integrate tra i diversi servizi specialistici, per fornire un trattamento efficace, continuativo e peculiare alle esigenze dell'età.

Chi sono i ragazzi e le ragazze che accedono ai Ser.D.

La fotografia è molto variegata e di anno in anno si modifica, così come velocemente si modificano le caratteristiche dei consumi giovanili e delle sostanze presenti nel mercato.

Cambiamenti che richiedono al Servizio pubblico flessibilità operativa e la revisione di metodi e strategie di intervento.

Si tratta di giovani prevalentemente di sesso maschile e maggiorenni, anche se negli ultimi anni si assiste ad un aumento progressivo di utenza femminile e di minorenni.

Frequente è una condizione di isolamento, di ritrosia, legata a vissuti di vergogna per aspettative disattese, sia proprie che dell'ambiente familiare; in questi casi, il consumo esprime sia sofferenza psicologica che reazione di protesta verso i genitori.

Si osserva la sottovalutazione del rischio dell'utilizzo di sostanze, delle conseguenze dirette o indirette associate al consumo, pur in presenza di concreti eventi negativi e frustranti, quali l'abbandono scolastico o la perdita di amici.

In una parte dell'utenza, prevalentemente nei più giovani, si rileva un precedente disturbo del neuro-sviluppo, non sempre diagnosticato e/o trattato; significativa la presenza di eventi stressanti e/o traumatici vissuti durante l'infanzia, con quadri psicopatologici che hanno determinato la presa in carico da parte dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

In crescita il numero di ragazzi stranieri, in cui l'uso di sostanze può essere riconducibile sia al trauma derivante dall'esperienza migratoria, sia alla necessità di riempire un tempo vuoto e di avere un'identità di gruppo.

All'anamnesi tossicologica si registra una prevalenza di cannabinoidi, un rilevante consumo di oppioidi (eroina, analgesici oppioidi sintetici), di ketamina, crack e cocaina, di nuove sostanze psicoattive, di psicofarmaci e di alcol; il policonsumo e la polidipendenza sono molto frequenti, in quanto le sostanze vengono usate in combinazione o in successione proprio per sperimentare precisi effetti soggettivi.

Le modalità di assunzione sono diverse rispetto agli adulti, in quanto prevale il consumo per via nasale o per via orale; la via endovenosa viene scelta da una parte minoritaria dei soggetti, che presentano le problematiche psicopatologiche più complesse.

L'arrivo al servizio è in prevalenza volontario, ma sono in aumento gli invii ai da parte delle Prefetture e dei servizi del circuito della giustizia penale.

Numerose le segnalazioni da parte dei familiari, della rete sanitaria (richieste di consulenza da Pronto Soccorso, NPIA, DSM, Distretti) e di quella sociale.

La presenza di servizi pubblici per le dipendenze dedicati ai giovani e conosciuti dai diversi Enti del territorio facilita la segnalazione delle situazioni problematiche e l'aggancio precoce, anche con programmi interdisciplinari.

Per la maggior parte dei ragazzi sono disponibili al dialogo, alla ricerca di figure di riferimento, aperti ad una relazione significativa; la sfida si gioca sulla capacità del servizio di ottenere la continuità del rapporto e del programma terapeutico-riabilitativo.

Nel caso di ragazzi minorenni che arrivano autonomamente al servizio, è essenziale saper accogliere la loro domanda, offrire un ascolto approfondito ed un primo supporto, ricercando l'accordo per il coinvolgimento dei familiari il prima possibile.

Tale scelta metodologica facilita l'aggancio terapeutico ed evita il rischio di drop out, molto probabile in caso di rinvio dell'appuntamento in presenza dei genitori.

Il lavoro con le famiglie

Sono in aumento le famiglie che arrivano disorientate, dichiarando la loro incapacità di gestire la relazione con il figlio adolescente, descritto come "irriconsolabile", verso il quale possono essere eccessivamente protettive o fortemente espulsive.

In alcuni casi si tratta di nuclei all'apparenza stabili, ma che in realtà soffrono per dinamiche disfunzionali; in altri casi si tratta di nuclei multiproblematici già seguiti dai Servizi.

Molto frequentemente chi arriva al Ser.D. è genitore di un giovane che ha fra i 14 e i 24 anni, che racconta di situazioni ancora poco chiare rispetto alle condotte d'abuso e che chiede agli specialisti di aiutarlo a capire meglio.

Altre volte sono genitori che, pur avendo consapevolezza del consumo di sostanze, hanno cercato di gestire per lungo tempo il problema in autonomia, bloccati dal pregiudizio e dalla vergogna di doversi rivolgere ad un servizio frequentato prevalentemente da adulti con patologie croniche oppure dalla ritrosia del figlio o della figlia ad accedere al Ser.D.

Le modalità di accoglienza dei familiari dei giovani devono essere pensate in modo tale da poter facilitare modalità d'accesso diversificate (genitori in coppia, solo il padre, solo la madre, solo la nonna...).

La domanda nella maggioranza dei casi non è chiara, formulata con l'angoscia di chi ha scoperto che il proprio figlio o la propria figlia manifesta un comportamento problematico (utilizzo di apparecchi tecnologici, giochi d'azzardo o consumo di una o più sostanze) o con la rabbia di chi ha provato ad attivare i propri metodi educativi per risolvere la criticità scoprendoli fallimentari.

Gli obiettivi del counseling, descritti con molta chiarezza da Leopoldo Grosso (2015), sono:

- *Normalizzare* le reazioni dei genitori rispetto all'avvenimento o agli avvenimenti di cui vengono a conoscenza. Facilmente lo specialista si trova di fronte a meccanismi tipici come la negazione e la minimizzazione, ma anche l'enfatizzazione e l'iperdrammatizzazione e su questi interviene.
- *Sviluppare una più accurata conoscenza della problematica*, che

possa portare i genitori ad acquisire una consapevolezza complessiva e contestualizzata del rapporto tra adolescenti e sostanze psicoattive, fornendo informazioni corrette e complete anche in tema di trattamento dei dati personali e sensibili.

- *Aumentare la fiducia* nel proprio ruolo genitoriale e nelle proprie capacità educative, di poter svolgere un compito circoscritto e non necessariamente decisivo. Si rassicura i familiari sulla positività dell'impegno profuso e del ruolo svolto e si propongono possibili e parziali suggerimenti aggiuntivi e "correzioni" di approccio relazionale.

I diversi modelli teorici di riferimento (sistemico-relazionale, psicodinamico e cognitivo-comportamentale) presenti all'interno del gruppo di lavoro, si integrano in maniera coerente e concordano sull'importanza terapeutica della collaborazione con i genitori.

Ogni sintomo può avere una propria funzione: può essere letto come la risposta più efficace in un dato momento per sopperire alla mancanza di alcune funzioni interne o come utile a mantenere un equilibrio all'interno del nucleo familiare, che spesso fatica a cambiare gli aspetti disfunzionali.

Il counseling sostiene le famiglie a maturare una consapevolezza rispetto ai significati sottostanti il segno/sintomo; assume una funzione riparativa e trasformativa utilizzando il setting come "banco di prova" per sperimentare nuove modalità comunicative e relazionali.

Oltre ai trattamenti familiari individuali, molto efficaci sono gli interventi di gruppo multifamiliari, che possono avere diverse finalità, quali quelle informative/formative, di supporto psicoterapeutico, di auto-mutuo-aiuto.

I Ser.D. e l'offerta di prevenzione e cura per gli under 25

Negli ultimi anni è maturata tra i professionisti dei servizi pubblici per le dipendenze la consapevolezza dell'aggravarsi della sofferenza psicologica e dei disturbi psichici dei più giovani, dell'aumento dei quadri di dipendenza in età adolescenziale, della presenza di un bisogno sommerso rilevante, dovuto a molteplici fattori, tra cui la resistenza a rivolgersi ai Ser.D, sia dei ragazzi che dei familiari.

I dati nazionali del flusso SIND dicono che meno del 7% dei soggetti presi in carico dai servizi è rappresentato da ragazzi con età under 25.

In numerosi Ser.D sono state avviate sperimentazioni, finalizzate ad offrire percorsi specifici per i ragazzi con età in genere compresa tra i 14 e i 25 anni; tali sperimentazioni sono negativamente condizionate dalla disomogeneità quali-quantitativa dell'offerta specialistica territoriale ancora presente tra nord e sud del Paese, dalla generalizzata scarsità di risorse investite in questo settore, dalla differenziazione dei modelli organizzativi sanitari regionali.

FeDerSerD negli ultimi anni ha dedicato molta attenzione ai bisogni dell'utenza più giovane, ritenendo una priorità di salute pubblica quella di affrontare il bisogno inespresso e le attuali inadeguatezze della risposta di presa in carico degli adolescenti con problemi di salute mentale.

Le azioni strategiche messe in campo sono:

- formazione e aggiornamento continuo delle competenze professionali, inserendo tale tematica all'interno dei piani formativi annuali, favorendo anche lo scambio di pratiche e la valorizzazione delle esperienze più efficaci;
- sviluppo della interdisciplinarietà ed intersettorialità degli interventi, attraverso progetti e accordi siglati con altre società scientifiche e con il terzo settore;
- partecipazione ad attività istituzionali di livello locale e nazionale;
- redazione e diffusione di articoli scientifici di approfondimento (rivista *Mission - IQJA*, manuali pubblicati da diverse case editrici, articoli su mass media).

Le esperienze avviate dai Ser.D hanno preso il via a partire dalla disamina dei fattori all'origine della resistenza dei ragazzi e dei loro familiari a rivolgersi ai servizi di riferimento.

Nella tabella seguente si elencano i fattori principali che sono stati rilevati.

La mappatura nazionale dei Ser.D. mostra che nelle Regioni sono ormai numerosi i servizi in grado di leggere, comprendere e curare le problematiche di dipendenza dei ragazzi under 25.

In sintesi possiamo delineare tre scelte clinico-organizzative principali, che sono state adottate tenendo conto delle peculiarità locali e delle risorse a disposizione utilmente riconvertibili; si è trattato infatti di sperimentazioni avviate con il limite di non poter contare su risorse aggiuntive, se non quelle derivate da progetti finanziati con bandi ad hoc.

Tale limitazione di risorse ha obbligatoriamente orientato, e continua ad orientare, verso scelte operative realisticamente sostenibili, che purtroppo non sempre rappresentano le scelte più appropriate ed efficaci.

I modelli clinico-organizzativi adottati dai Ser.D. per i giovani under 25 possono essere raggruppati in 3 tipologie principali: servizi dedicati, équipe dedicate, fasce orarie dedicate.

Nella tabella seguente si riassumono i punti di forza e quelli di debolezza delle tre differenti scelte.

Tab. 1 - Fattori ostacolanti e favorenti l'accesso al servizio dei ragazzi under 25

<i>Fattori ostacolanti - Utenza</i>	<i>Azioni favorenti</i>
Ampia diffusione dell'offerta e "normalizzazione" del consumo, in modo trasversale al target.	Interventi territoriali di informazione, prevenzione e riduzione dei rischi, in base al target, realizzati in setting specifici (scuole, luoghi di aggregazione naturale, locali del divertimento, eventi significativi di richiamo per il target), con metodologia evidence based.
Sottovalutazione del problema e del bisogno di aiuto.	Interventi di prossimità riconoscimento precoce del problema, formazione di adulti significativi con interventi specifici (insegnati, educatori, familiari, peer educator).
Diffidenza verso i servizi sanitari e verso gli operatori, che vengono ritenuti non in grado di comprendere il malessere e di offrire risposte utili.	Presenza di risposte organizzative specifiche per i ragazzi. Promozione del servizio/équipe under 25 con strumenti comunicativi studiati per il target (social, gruppi di pari, luoghi di ritrovo, ecc.).
Visione pregiudiziale dei giovani verso gli utenti dei Ser.D., che rappresentano una diversa generazione, con problemi di dipendenza gravi e/o cronici.	Promuovere un "passaparola" da parte dei ragazzi in carico, che hanno sperimentato competenza e professionalità negli interventi socioriabilitativi e terapeutici.
Visione pregiudiziale verso i Ser.D., in quanto luoghi da cui non si sentono rappresentati.	Formazione e coinvolgimento di peer in progetti di prossimità per accreditare il servizio.
Paura (di esporsi, di essere "schedati", di non essere capiti, che venga coinvolta la famiglia), vergogna.	Dimostrare coerenza e credibilità rispetto a quanto enunciato nella descrizione dell'offerta.
	Dimostrare di mantenere l'impegno alla riservatezza; valorizzare il protagonismo ed il punto di vista del ragazzo.
<i>Fattori ostacolanti - Servizio</i>	<i>Azioni favorenti</i>
Ser.D. organizzati a misura di soggetti adulti (orari di apertura solo matutini, modalità di accoglienza formale che non mette a proprio agio il ragazzo, poca flessibilità nell'organizzazione dei percorsi, assenza di percorsi dedicati ai giovani, modalità comunicative centrate sul sintomo e non sulla situazione di difficoltà complessiva, carenza di strategie mirate al coinvolgimento proattivo dei familiari).	Riorganizzazione dell'offerta del Servizio a misura del target, rimodulando i singoli aspetti del percorso per facilitare accessibilità ed aderenza (servizio dedicato, équipe dedicata, fascia oraria dedicata).
Risorse inadeguate per differenziare l'offerta terapeutico-riabilitativa in base al tipo di utenza.	Disponibilità di risorse (da budget, riallocazione, progetti).
Assenza di percorsi integrati interdisciplinari con Distretti, Consultori familiari, NPJA e DSM, Servizi dell'emergenza.	Formazione congiunta integrata e condivisione di percorsi di presa in carico interdisciplinare; équipe interdisciplinari funzionali integrate.
Assenza di percorsi integrati con servizi sociali territoriali per l'età evolutiva (servizi dei Comuni, Prefetture, servizi del Tribunale dei Minorenni, realtà del privato sociale, servizi della formazione).	Formazione congiunta e condivisione di percorsi di presa in carico integrata. Sviluppo del lavoro territoriale di rete.
Formazione specifica dei professionisti inadeguata.	Progettualità con terzo settore su fondi regionali e nazionali.
Sedi poco accoglienti, non facilmente raggiungibili.	Implementare percorsi formativi sulle problematiche dell'età evolutiva, dell'adolescenza, su nuove sostanze e caratteristiche del consumo in età giovanile, sui programmi di cura specifici e comorbilità (disturbi psichici e del neurosviluppo).
Interventi territoriali e di prossimità carenti per aggancio precoce e riduzione del periodo di latenza.	Identificazione di sedi territoriali diverse o adeguamento delle sedi disponibili, a libero accesso, gestite con flessibilità per favorire il vissuto di appartenenza e per fare in modo che i ragazzi si sentano accolti ed a proprio agio.
	Implementazione di programmi di prevenzione, educativa di strada e riduzione dei rischi, in collaborazione con le realtà educative ed il terzo settore.

Tab. 2 - Tipologia di scelte organizzative adottate dai SerD per assicurare percorsi specifici per l'utenza con età under 25

	<i>Servizio dedicato</i>	<i>Équipe dedicata</i>	<i>Fascia oraria dedicata</i>
<i>Punti di forza</i>	- servizio strutturato a misura dei ragazzi, sia sul piano organizzativo che funzionale	- équipe dedicata, a tempo pieno, multi-professionale, potenziata sul piano psicoeducativo, in grado di gestire la presa in carico personalizzata, con attività a diversa intensità assistenziale	- attenzione specifica al target con percorso dedicato all'interno del Ser.D., per favorire l'accesso, in fascia oraria appropriata

Tab. 2 - Tipologia di scelte organizzative adottate dai SerD per assicurare percorsi specifici per l'utenza con età under 25

	<i>Servizio dedicato</i>	<i>Équipe dedicata</i>	<i>Fascia oraria dedicata</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - sede dedicata, non identificabile come Ser.D. ma come un servizio per i giovani, facilmente raggiungibile, arredata e gestita in modo da renderla meno formale e più accogliente, in cui il ragazzo può trascorrere del tempo - équipe dedicata, a tempo pieno, multi-professionale, potenziata sul piano psicoeducativo, in grado di gestire la presa in carico personalizzata, con interventi a diversa intensità assistenziale - formazione specifica e aggiornamento continuo, anche con gli altri servizi dell'età evolutiva - orario di apertura ampio, mattina e pomeriggio, con possibilità di attività territoriali in fasce orarie flessibili al bisogno (es. interventi di riduzione dei rischi e di prossimità nei luoghi di aggregazione, gestione della crisi con reparti ospedalieri, attività progettuali) - presenza di accordi operativi e percorsi facilitati con altri servizi sanitari e sociali per l'età evolutiva (es. NPIA, Pronto soccorso, DSM, Distretti, Servizi per i disturbi alimentari, Centri antiviolenza, Servizi sociali comunali e del Tribunale per i Minorenni, PLS/MMG, Centri per le malattie a trasmissione sessuale) - progetti specifici con soggetti del terzo settore, per interventi di prossimità, di prevenzione e riduzione dei rischi, di reinserimento sociale, di socializzazione - servizio dedicato ai giovani stimola nel tessuto cittadino minore stigma, maggiore empatia e disponibilità a collaborare 	<ul style="list-style-type: none"> - formazione specifica e aggiornamento continuo, anche con gli altri servizi dell'età evolutiva - orario di apertura dal lunedì al venerdì, mattina e pomeriggio, con flessibilità - presenza di accordi operativi e percorsi facilitati con altri servizi sanitari e sociali per l'età evolutiva (es. NPIA, Pronto soccorso, DSM, Distretti, Servizi per i disturbi alimentari, Centri antiviolenza, Servizi sociali comunali e del Tribunale per i Minorenni, PLS/MMG, Centri per le malattie a trasmissione sessuale) - progetti specifici, anche con soggetti del terzo settore, per interventi di prossimità, di prevenzione e riduzione dei rischi, di reinserimento sociale e di socializzazione 	<ul style="list-style-type: none"> - operatori dedicati a questo target, seppure non a tempo pieno, motivati e specificamente formati - collaborazione con servizi sanitari e sociali per l'età evolutiva - collaborazione con realtà del terzo settore - possibilità di progetti specifici
<i>Punti di debolezza</i>	<ul style="list-style-type: none"> - servizio che richiede un investimento di risorse aggiuntive (personale, sede, struttura organizzativa) 	<ul style="list-style-type: none"> - sede non dedicata, che può determinare resistenze all'accesso al Ser.D., sia da parte dei ragazzi che dei familiari - limitata possibilità di modificare l'organizzazione dello spazio e degli orari per consentire la realizzazione di attività specifiche per il target - maggior probabilità di contatti a rischio con utenza adulta e maggiormente compromessa - rischio che l'adolescente trovi nell'utenza adulta che frequenta lo stesso servizio dei modelli indetificativi 	<ul style="list-style-type: none"> - sede non dedicata, che può determinare resistenze all'accesso al Ser.D., sia da parte dei ragazzi che dei familiari - limitata possibilità di modificare l'organizzazione dello spazio e degli orari per consentire la realizzazione di attività specifiche per il target - maggior probabilità di contatti a rischio con utenza adulta e maggiormente compromessa - rischio che l'adolescente trovi nell'utenza adulta che frequenta lo stesso servizio dei modelli indetificativi - turnazione degli operatori non garantisce la necessaria continuità, a causa delle carenze di personale - difficoltà a sviluppare competenze multiprofessionali specifiche sulle tematiche dell'età evolutiva e ad implementare accordi operativi strutturati con i servizi sociali e sanitari per l'età evolutiva, in quanto i professionisti sono impegnati prevalentemente con l'utenza adulta

Descrizione di 3 Servizi esemplificativi

Nell'ambito del panorama nazionale, si è scelto di descrivere 3 Servizi ormai consolidati nella loro esperienza operativa per meglio esemplificare le modalità clinico-organizzative precedentemente presentate:

1. **Servizio dedicato.** Servizio "Androna Giovani" di Trieste, Area dipartimentale delle dipendenze Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI).

2. **Équipe dedicata.** Équipe Diagnosi e Trattamento Precoce di Milano, Azienda ASST Santi Paolo e Carlo.
3. **Fascia oraria dedicata ed équipe dedicata.** UFC SerD Firenze 1: "Gio-care" Serd A Coverciano; "Mega" Serd B Oltrarno; "Gio&Mi" Serd C Quartiere 5, Azienda AUSL Toscana Centro.

1. SSD Consumi e dipendenze giovanili - “Androna Giovani” Area dipartimentale delle dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina	
<i>Anno di avvio dell'attività</i>	Nato nel 2012 come progetto sperimentale Piano di Zona in collaborazione con il Comune di Trieste, il Servizio è divenuto strutturale a conclusione del progetto. Gestito dal Dipartimento delle dipendenze in accordo con la Direzione Sanitaria aziendale, stante i dati del bisogno crescente, dapprima con personale a tempo parziale e in fasce orarie.
<i>Caratteristiche della sede</i>	Il servizio è in una palazzina di proprietà aziendale, nel centro storico di Trieste. Facilmente raggiungibile, non è identificabile come Ser.D. e non viene vissuto come tale né dai familiari, né dai ragazzi, che hanno collaborato attivamente all'abbellimento dei locali. La sede è accogliente, informale, colorata, con spazi comuni e spazi dedicati ad attività specifiche (ambulatorio sanitario per gestione terapie e screening patologie correlate, stanze colloqui, piccola palestra). L'edificio ha un giardino interno, molto vissuto nella quotidianità, che riveste una grande importanza anche per ospitare attività in collaborazione coi partners del territorio.
<i>Composizione dell'équipe</i>	L'équipe dedicata è composta da personale di ruolo dell'Azienda (2 medici psichiatri, 2 psicologi, 3 infermieri, 1 assistente sociale) e da personale dei partners del terzo settore (capitolato di servizio con coop. sociali e convenzione con ass. volontariato) (2 psicologhe a tempo parziale, 4 educatori, 1 tutor per l'inserimento lavorativo).
<i>Orario di apertura</i>	La sede è aperta: lunedì, mercoledì e giovedì dalle 9,00 alle 16.00, martedì e venerdì dalle 9,00 alle 18.00. Il sabato solo in orari flessibili, per attività di laboratorio e di progetto. È prevista la possibilità di interventi prefestivi e festivi per garantire la gestione della crisi di utenti in carico, le attività progettuali (es. interventi di riduzione dei rischi in locali del divertimento, uscite di socializzazione, ecc.).
<i>Descrizione dell'offerta</i>	Accoglienza diretta, senza lista di attesa, con primo ascolto ed orientamento. Prestazioni di valutazione diagnostica. Definizione programma personalizzato, con collaborazioni con Servizi NPIA, DSM, Distretti; gestione e monitoraggio della terapia farmacologica. Psicoterapia individuale. Prestazioni relative alla prevenzione e alla tutela della salute, come counseling, screening, visite specialistiche epatologiche, infettivologiche, ginecologiche, in base a protocolli operativi con altri specialisti della rete. Attività di formazione e socializzazione, laboratori espressivi, uscite didattiche e culturali, supporto allo studio, reinserimento scolastico e lavorativo. Interventi di supporto sociale. Interventi psicosocioeducativi individuali e di gruppo. Programmi alternativi alla detenzione e in collaborazione con Servizi del Ministero della Giustizia, programmi con Comunità terapeutiche ed educative. Consulenze verso servizi della rete territoriale.
<i>Dati sull'utenza in carico e sull'attività anno 2023</i>	Sostanze d'abuso: cannabis, eroina, altri oppiacei, cocaina, crack, NSP, BDZ, alcolici. Età: dai 14 ai 24 anni. Numero soggetti in carico nel 2023: 274, di cui 32 minorenni. N. prese in carico congiunte con altri servizi sociali e sanitari: totale 188 (13 con NPIA, 32 con DSM, 37 con servizi sociale Tribunale, 66 con servizi sociali comuni, 36 con Distretti, 1 con servizio per DCA, 3 con servizio per disabilità neurocognitive). N. inserimenti in Comunità terapeutica o strutture educative: totale 32 (15 in CT e 17 in strutture educative). N. programmi in misure alternative e messe alla prova: 11 soggetti con MA e 25 soggetti con MAP.
<i>Interventi rivolti ai familiari</i>	Tipologia di attività: colloqui di supporto e interventi di terapia familiare individuali; interventi di gruppo psicoterapeutico multifamiliare 1 volta per settimana in orario tardo pomeridiano; incontri psicoeducativi per i familiari dei nuovi utenti una volta ogni due settimane in orario tardo pomeridiano; attività in collaborazione con l'Associazione di volontariato dei familiari “ALT” per progetti specifici.
<i>Interventi di prossimità</i>	Progetto “Overnight” di riduzione dei rischi svolto nei luoghi del divertimento notturno, in collaborazione con enti del privato sociale e finanziato stabilmente con budget aziendale; progetti periodici finanziati con fondi nazionali e regionali (es. Bandi del DPA, progetti fondi GAP, fondi PPR) e realizzati con Enti locali; interventi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole medie superiori.
<i>Presenza di percorsi multidisciplinari integrati con partners sanitari e sociali</i>	Negli anni sono stati definiti molteplici percorsi integrati, sia con servizi sanitari che sociali. Attivi percorsi integrati con servizi ospedalieri e territoriali dell'età evolutiva (Pronto soccorso, Neuropsichiatria infanzia ed adolescenza, Ginecologia ed Ostetricia, Distretti, Consultori), Epatologia, CSM. Percorsi con servizi del Tribunale dei Minorenni e del Tribunale di Sorveglianza, con la Prefettura. Percorsi con servizi sociali, con enti formativi, con associazioni e cooperative sociali. Attiva la collaborazione con realtà del tessuto cittadino per favorire percorsi di inclusione e di contrasto allo stigma. Progetto “Overnight” di riduzione dei rischi nei contesti del divertimento e di aggregazione è attivo dal 2006.
Responsabile Struttura semplice dipartimentale Consumi e Dipendenze giovanili (“Androna Giovani”): dott.ssa Antonina Contino, psicologa.	

2. Attività di Diagnosi e Trattamento Precoce - SC SerD Territoriale di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo

<i>Anno di avvio dell'attività</i>	L'attività nasce nel 2013 come Attività di Diagnosi Precoce all'interno del Ser.T. della SC Ser.T. 2 dell'ATS di Milano. Nel 2016, per adeguarsi alle esigenze e ai bisogni rilevati dell'utenza, si trasforma in Attività di Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP). Dal 2017 afferisce alla SC Ser.D. Territoriale, DSMD (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze) dell'ASST Santi Paolo e Carlo.
<i>Caratteristiche della sede</i>	L'Attività di Diagnosi e Trattamento Precoce si svolge all'interno delle 4 diverse sedi della SC Ser.D. Territoriale. Ogni sede ha competenze specifiche rispetto alle differenti tipologie di Disturbo da Uso di Sostanze o non correlato a sostanze (DGA) e ha al suo interno un gruppo di lavoro multidisciplinare specializzato dedicato all'attività con i ragazzi under 25. La sede del coordinamento dell'attività si trova presso il Ser.D. di via Gola, dove mensilmente l'équipe DTP, costituita dai gruppi di lavoro delle diverse sedi, si riunisce per la regia e la discussione dei casi.
<i>Composizione dell'équipe</i>	L'équipe DTP è un'équipe “diffusa”, in quanto non ha una sede di lavoro dedicata; i professionisti sono presenti ed operano trasversalmente nelle diverse sedi della SC Ser.D. Territoriale. L'équipe dedicata è composta da personale di ruolo ed è coordinata da un medico infettivologo psicoterapeuta. Il personale è composto da 6 medici (psichiatri, infettivologi, tossicologi, di medicina d'urgenza emergenza, psicoterapeuti), 6 psicologi psicoterapeuti, 6 assistenti sociali, 3 educatori professionali. I professionisti destinano alla DTP una quota oraria settimanale del proprio monte ore complessivo.
<i>Orario di apertura</i>	Le sedi sono aperte dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30. Per le attività di gruppo l'apertura può estendersi fino alle 19.00 a seconda delle diverse sedi.
<i>Dati sull'utenza in carico e sull'attività anno 2023</i>	Sostanze d'abuso: cannabis, oppiacei, stimolanti, allucinogeni, inalanti, ipnotici, ansiolitici, NPS; disturbi non correlati a sostanze (gioco d'azzardo) di giovani di età compresa fra i 14 e i 24 anni e di giovani maggiorenni con eventuali problematiche legali amministrative e le loro famiglie.

	<p>Età: dai 14 ai 24 anni. Rapporti M/F: 100/30. Numero soggetti in carico nel 2023: 130, di cui 5 minorenni + 30 consultazioni brevi. N. prese in carico congiunte con altri servizi sociali e sanitari: con Centro Giovani Ponti: n. 26 soggetti. N. inserimenti in Comunità terapeutica o strutture educative: 8 soggetti. N. programmi in misure alternative: 21 soggetti.</p>
<i>Interventi rivolti agli under 25</i>	Tipologia di attività: colloqui di valutazione diagnostica. Individuazione dei fattori di rischio e di protezione. Assessment Collaborativo individuale. Intervento psicoeducativo sul funzionamento. Psicoterapia individuale. Psicoterapia di gruppo. Interventi psicosocioeducativi individuali e di gruppo. Monitoraggio tossicologico. Terapia farmacologica.
<i>Interventi rivolti ai familiari</i>	Tipologia di attività: colloqui di sostegno ai familiari; gruppi di supporto dedicati ai familiari; gruppi psicoeducativi; Assessment Collaborativo rivolto al nucleo familiare.
Referente Équipe di Diagnosi e Trattamento Precoce della SC SerD Territoriale: dott.ssa Tiziana Antonini, Psicologa Psicoterapeuta	

3. UFC SerD Firenze 1: SERD A Coverciano, SERD B Oltrarno e SERD C Quartiere 5 Azienda AUSL Toscana Centro

<i>Anno di avvio dell'attività</i>	Il Servizio è attivo da più di dieci anni
<i>Caratteristiche della sede</i>	Non c'è una sede dedicata. All'interno di ciascuno dei tre SerD di Firenze, A, B, C, esiste un'équipe dedicata (rispettivamente: équipe "Gio-Care", équipe "Mega" ed équipe "Gio&Mi"), con un percorso specifico per minori e giovani, che prevede un'intensità di cura diversa a seconda della gravità del disturbo, una fascia oraria dedicata ed attività specifiche svolte in alcuni locali della sede di ciascun Ser.D.
<i>Composizione dell'équipe</i>	Ciascuna équipe dei tre Ser.D. prevede la presenza di psicologi, medici, educatori, assistenti sociali ed infermieri. Il personale ha fatto una formazione specifica con aggiornamenti regolari. L'équipe si può definire "allargata" in quanto funzionalmente è stata integrata con operatori del Privato Sociale del territorio (es. Progetto Villa Lorenzi, Centro di Solidarietà di Firenze), realizzando progetti specifici rivolti a minori e giovani under 25 anni. Il coordinamento dell'attività viene fatto a cura della Direttrice di UFC.
<i>Orario di attività dedicata</i>	Orario pomeridiano, con fascia dedicata diversa da quella degli utenti adulti.
<i>Descrizione dell'offerta e dati di attività</i>	Percorsi definiti a seconda del target e a seconda della gravità del Disturbo da Uso di Sostanze e/o Comportamentale (internet, gioco d'azzardo, gaming...). Progetti specifici differenziati per target, realizzati in collaborazione ed integrazione con il Privato Sociale (Progetto Villa Lorenzi e Centro di Solidarietà di Firenze): "Io C'Entro", "Laboratorio Terapeutico Integrato", "I Ragazzi del Sommersibile". Attività gruppal e di tipo laboratoriale all'interno dei Ser.D. e presso le sedi dei partners.
<i>Dati sull'utenza in carico e sull'attività anno 2023</i>	<p>Sostanze d'abuso: cannabis, eroina, altri oppiacei, cocaina, crack, NSP, BDZ, alcolici. Età: dai 14 ai 25 anni. Rapporti M/F: rispetto ai minori rapporto 3/1, rispetto ai ragazzi 18-25 anni rapporto 4/1. Numero soggetti in carico nel 2023: 252, di cui 51 minori. N. prese in carico congiunte con altri servizi sociali e sanitari: 80 soggetti. N. inserimenti in Comunità terapeutica o strutture educative: 22 soggetti. N. programmi in misure alternative: 36 soggetti.</p>
<i>Interventi rivolti ai familiari</i>	Il modello operativo prevede sempre il coinvolgimento dei familiari nel programma terapeutico, laddove disponibili; sono previste consulenze per i familiari in orari pomeridiani e/o la presa in carico quando ancora il figlio/a non è disponibile a venire al Servizio. Sono attivi Gruppi psicoeducativi pomeridiani per i familiari all'interno del Servizio.
<i>Interventi di prossimità</i>	Sono attivi spazi di ascolto per minori, giovani ed adulti di riferimento presso le Case di Comunità nel territorio fiorentino, dove sono presenti operatori dei Ser.D. con operatori del Privato Sociale. Sono stati costituiti Osservatori territoriali per il disagio giovanile con gli Enti pubblici e del Privato sociale coinvolti. Sono programmati interventi di prevenzione in ambito scolastico ed eventi di sensibilizzazione nei vari territori, rivolti ai ragazzi. Si collabora con il Dipartimento di NeuroFarba (Università di Firenze) nell'ambito di progetti specifici di prevenzione delle dipendenze tecnologiche nelle scuole.
<i>Presenza di percorsi multidisciplinari integrati con partners sanitari e sociali</i>	L'équipe collabora con i Servizi di Salute Mentale Adulti (SMA) e Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA), con i Servizi Sociali, il Tribunale dei Minori, servizi sociali del Ministero della Giustizia.

Direttrice UFC dott.ssa Adriana Iozzi, psichiatra

FeDerSerD ha realizzato nel mese di febbraio 2024 una survey, proponendo a tutti i Ser.D. un questionario online per rilevare la presenza, la numerosità e la tipologia di servizi e di attività dedicate al target dei giovanissimi utenti. La partecipazione è stata molto buona, in quanto 60 sono i Ser.D. che hanno risposto, distribuiti su tutto il territorio nazionale, con una certa disomogeneità tra le diverse aree geografiche. L'esito è rappresentativo dello stato attuale dell'offerta terapeutica riservata agli under 25 da parte dei servizi pubblici per le dipendenze, che è caratterizzata da una crescente attenzione al disagio mentale giovanile ed al bisogno inespresso, nonché dalla

consapevolezza che sia ormai necessario porre in essere risposte specifiche.

Tenuto conto della carenza di risorse a disposizione, è realistico il dato che mostra come la numerosità dei Ser.D. che hanno potuto aprire servizi dedicati ai giovani sia minore rispetto a quella delle altre due opzioni clinico-organizzative.

Va segnalato che sono molte le realtà locali impegnate a stilare accordi operativi interdisciplinari con servizi per l'età evolutiva, a formalizzare protocolli e percorsi integrati e questa scelta è ottimale per assicurare appropriatezza di presa in carico terapeutica.

La rilevazione ha anche evidenziato come la quasi totalità dei Ser.D. abbia in atto collaborazioni operative con realtà del terzo settore.

Il risultato della mappatura nazionale viene qui sintetizzato in tre tabelle, una per singola tipologia clinico-organizzativa adottata.

1. Servizio dedicato

Nella tabella seguente sono elencati i Ser.D. che hanno implementato servizi riservati al target.

N° Servizi	Regione/Azienda	SerD	Dirett. SerD	Referente Servizio/Équipe giovani	Recapiti
Scelta organizzativa: Servizio Dedicato					
	Friuli Venezia Giulia				
1	ASUGI	Area dipartimentale dipendenze. Servizio "Androna Giovani"	Roberta Balestra	Antonina Contino	tel. 0403996072 androna.giovani@asugi.sanita.fvg.it
2	ASFO	SC Dipendenze	Cristina Meneguzzi	Beatrice Zanin	tel. 0434373111 dip.dipendenze@asfo.sanita.fvg.it
	Lombardia				
3	ASST Papa Giovanni XXIII	SerD Bergamo	Marco Riglietta	Grazia Carbone	tel. 0352676450 gcarbone@asst-pg23.it
4	ASST Sette Laghi di Varese	SerD Varese	Claudio Tosetto	Claudio Tosetto	800 018280
5	ASST Valle Olona	Servizio Con-t@tto (UOC Dipendenze)	Donatella Fiorentini	Donatella Fiorentini	tel. 3336177593-8000 018280
6	ASST Lodi	SerD Lodi. Servizio "Spazio arancione"	Concettina Varango	Celeste Zaghenò	tel. 0371374535 spazio.arancione@asst-lodi.it
	Umbria				
7	USL Umbria 2	Dip. Dipendenze Terni. Servizio "Progetto giovani 2.0"	Sonia Biscontini	Valeria Morbiducci	tel. 0744204967/4930 valeria.morbiducci@uslumbria2.it
	Marche				
8	AST2 Ancona	SerD Ancona	Giovanni Maria Maini	Mascia Pasquinelli	tel. 0718705981
	Emilia Romagna				
9	AUSL Bologna	UOC Dip. Patologiche Servizio "Area 15"	Marialuisa Grech	Luca Ghedini	tel. 3454520680 info@area15.it
	Toscana				
10	USL Toscana Nord Ovest	SerD Zona Pisana	Francesco Lamanna	Marta Millanti	tel. 050954964
	Campania				
11	ASL Caserta	SerD Dip. Comportam.	Roberto Malinconico	Roberto Malinconico	tel. 0823445068 dip.dipendenze@aslcaserta.it
12	ASL Caserta	SerD Capua S. Maria Capua Vetere	Lilia Nuzzolo	Giovanni Di Martino	tel. 0823961783 sert.capua@aslcaserta.it
13	ASL Napoli 2 Nord	UOC SerD Pozzuoli	Vincenzo Lamartora	Vincenzo Lamartora	tel. 0813000610 sert.pozzuoli@aslnapoli2nord.it

2. Équipe dedicata

Nella tabella seguente sono elencati i Ser.D. che hanno individuato operatori di riferimento, con diversi profili professionali; questa

sotto-équipe svolge la propria attività all'interno delle sedi "tradizionali".

N° Servizi	Regione/Azienda	SerD	Dirett. SerD	Referente Servizio/Équipe giovani	Recapiti
Scelta organizzativa: Équipe Dedicata					
	Trentino Alto Adige				
1	Azienda Sanitaria Alto Adige	SerD Bolzano	Bettina Meraner	Bettina Meraner	tel. 0471437070 serd-dfa.bz@sabes.it
	Lombardia				
2	ASST Fatebenefratelli Sacco	SerD Canzio (Milano) "Civico 18"	Maria Francesca Scaramuzzino	Cristina Borellini	tel. 0263634353 sere.canzio@asst-ibf-sacco.it

3	ASST Spedali Civili Brescia	SerD Brescia	Laura Guarnieri	Laura Guarnieri	tel. 0303333493 vilma.portale@asst-spedalicivili.it
4	ASST Papa Giovanni XIII	SerD Bergamo	Marco Riglietta	Grazia Carbone	tel. 0352976394 gcarbone@asst-pg23.it
5	ASST Melegnano Martesana	SC SerD Nord	Giuseppe Pennisi	Giuseppe Pennisi	tel. 0298054616/4613 dsmd@asst-melegnano-martesana.it
6	ASST Santipaolo e Carlo di Milano	SC SerD Nord (Gorgonzola)	Claudio Nicolai	Paola Coppin	tel. 0281845303 diagnosi.precoce@asst-santipaolocarlo.it
7	ASST Ovest Milanese	SerD Parabiago	Giovanna Bielli	Giovanna Bielli	tel. 03311776260 sert4-5@asst-ovestmi.it
8	ASST Ovest Milanese	SerD Magenta	Giovanna Bielli	Roberto Varisco	tel. 0297963101 sert6-7@asst-ovestmi.it
9	ASST Nord Milano	SerD Sesto San Giovanni (équipe SerTeen)	Gianmatteo Catania	Donatella Deretti	tel. 0257993740 sertsesto@asst-nordmilano.it
10	ASST Crema	SerD Crema	Antonio Prete	Antonio Prete	tel. 0373893611 sert@asst-crema.it
11	ASST della Brianza	SerT Carate	Giovanni Maria Luca Galimberti	Maurizio Bramani Araldi	tel. 0362984730 sert.carate@asst- brianza.it
12	ASST della Brianza	Noa di Vimercate	Giovanni Maria Luca Galimberti	Lunari Sandra	tel. 0396657661 noa.vimercate@asst- brianza.it
13	ASST della Brianza	Noa di Seregno	Giovanni Maria Luca Galimberti	Pecoraro Maria	tel. 0362984813 noa.seregno@asst- brianza.it
14	ASST della Brianza	SerT di Limbiate	Giovanni Maria Luca Galimberti	Antonina Cardia	tel. 0392334927 sert.limbiate@asst-brianza.it
15	ASST Valcamonica	SerD Darfo Boario Terme	Omella Baisini	Omella Baisini	tel. 0364540236 sert@asst-valcamonica.it
Piemonte					
16	ASL CN 2	Dipartimento dipendenze Alba-Bra	Ruggero Gatti	Occhetto	tel. 3283819393 sert.alba@aslcn2.it
17	ASL Alessandria	Dip. patologia delle dipendenze	Luigi Bartoletti	Maria Luisa Cormaio	tel. 0131306317 ser.d.alessandria@aslal.it
Veneto					
18	AUSL7 Pedemontana	SerD 2 Thiene	Susanna Dedola	Susanna Dedola	tel. 0445313811 sertthiene@auls7.veneto.it
19	ULSS 3 Serenissima	SerD Mestre-Venezia	Alessandro Pani	Roberto Tommarchi	tel. 0415295868 ve.sert@auls3.veneto.it
Valle d'Aosta					
20	AUSL Valle d'Aosta	SerD Aosta	Gerardo Di Carlo	Gerardo Di Carlo	tel. 0165544650 segreteria@ausl.vda.it
Toscana					
21	ASL Toscana Nord Ovest	SerD Livorno	Lucia Mancino	Lucia Mancino	tel. 0586223315 serd.livorno@uslnordovest.toscana.it
Marche					
22	AST Fermo	Serv. Territ. Dip. Patol. (STDP)	Giorgio Pannelli	Giorgio Pannelli	tel. 07346257034, +393668341033
Campania					
23	ASL Napoli 2 Nord	SerD Pozzuoli	Vincenzo Lamartora	Gemma Ferrante	tel. 0813000610 sert.pozzuoli@aslnapoli2nord.it
Calabria					
24	ASP Cosenza	SerD Area 1	Roberto Calabria	Roberto Calabria	tel. 09848933836
25	ASP Catanzaro	SerD Catanzaro	Maria Giulia Audino	Ciulia Audino	tel. 09617033748 serdcz@libero.it
Puglia					
26	ASL Taranto	Dip. Dipend. Taranto	Vincenza Ariano	Cosimo Buccolieri	tel. 0997786214 sert.taranto@asl.taranto.it
27	ASL BAT	SerD Trani-Bisceglie	Leonardo Rutigliano	Tommaso Garofoli	te+B35:C64L. 08833363306 sert.tranibisceglie@aslbat.it

3. Fascia oraria dedicata

Nella tabella seguente sono elencati i Ser.D. che hanno individuato orari preferenziali per la presa in carico del target, in genere in fa-

scia pomeridiana, per facilitare l'accesso. Non è presente un'équipe dedicata e tale funzione viene svolta da tutto il personale nelle sedi "tradizionali".

N° Servizi	Regione/Azienda	SerD	Dirett. SerD	Referente Servizio/Équipe giovani	Recapiti
Scelta organizzativa: Fascia Oraria Dedicata					
Lombardia					
1	ASST Pavia	SerD Vigevano	Salvatore Messina	Salvatore Messina	tel. 0381333890
2	ASST Crema	SerD Crema	Antonio Francesco Prete	Pierluigi Parmigiani	tel. 0373893611 sert@asst-crema.it
3	ASST Valle Olona	SerD Saronno	Fabio Reina	Fabio Reina	tel. 029626478-645 fabio.reina@asst-valleolona.it
4	ASST Mantova	SerD Mantova	Marco Degli Esposti	Marco Degli Esposti	tel. 0376435516 dipendenze.mantova@asst-mantova.it
5	ASST Rhodense	SerD Corsico	Fabio Guerrini	Renato Durello	tel. 02994308756 rdurello@asst-rhodense.it
Piemonte					
6	ASL TO3	SerD Pinerolo	Galdino Lefoche	Bruna Priotto	tel. 0121233504 sert.pinerolo@aslto3.piemonte.it
7	ASL TO3	SerD Beinasco	Galdino Lefoche	Bruna Priotto	tel. 0119551924 sert.beinasco@aslto3.piemonte.it
8	ASL TO3	SerD Collegno	Galdino Lefoche	Bruna Priotto	tel. 0114017438 sert.collegno@aslto3.piemonte.it
9	ASL Biella	SerD Biella	Lorenzo Somaini	Manuela Cutuli	tel. 01515159170 sert.biella@aslbi.piemonte.it
Veneto					
10	USSL 3 Serenissima	SerD ULSS 3 - 5 sedi	Alessandro Pani	Alessandro Pani	tel. 0415295868 ve.sert@auls3.veneto.it
Toscana					
11	USL Toscana Sud Est	SerD Valdichiana Senese	Lucia Giannini	Lucia Giannini	sert.chiana@uslsudest.toscana.it
12	ASL Toscana Centro	SerD Pistoia	Fabrizio Fagni	Sara Traversoni	tel. 0573352489 sara.traversoni@uslcentro.toscana.it
13	ASL Toscana Centro	SerD Firenze Zona 1	Adriana Iozzi	Adriana Iozzi	tel. 0556934430 adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it
Emilia Romagna					
14	AUSL Parma	SerDP Parma	Silvia Codeluppi	Silvia Riccardi	tel. 0521393136
15	AUSL Romagna	Serv. Dip. Pat. Faenza	Deanna Olivoni	Elvira Speranza	tel. 0546602420 sert.fa@auslromagna.it
Campania					
16	ASL Salerno	SerD Sant'Arsenio	Carmine Acconcia	Aniello Baselice	tel. 0975373640 a.baselice@asslsalerno.it
Calabria					
17	ASP Crotone	SerD Crotone	Giuseppe Palucci	Giuseppe Palucci	tel. 0962924211 sert@asp.crotone.it
18	ASP Catanzaro	SerD Catanzaro	Maria Giulia Audino	Maria Giulia Audino	tel. 09617033748 serdcz@libero.it
Puglia					
19	ASL Bari	Dip. Dip. Patol.	Guido Di Sciascio	Maria Filippa Conticchio Panza	tel. 0805844402 dipartimento.dipendenze patologiche@asl.bari.it
20	ASL BAT	DIP. DIP. PAT. Andria	Gianfranco Mansi	Lorenza Scarcelli	tel. 0883299273 sert.andria@aslbati.it

Conclusioni

Numerosi studi epidemiologici riportano negli ultimi 10 anni un continuo incremento del malessere psichico, in particolare di giovani e giovanissimi, così come una sempre maggiore complessità e gravità psicopatologica.

Viene segnalato un trend incrementale dei comportamenti a rischio per l'incolumità personale, come gli incidenti stradali, i gesti di autolesionismo, i tentativi di suicidio, gli episodi di violenza di gruppo. Viene rilevato anche un preoccupante bisogno inespresso, che la rete dei servizi non riesce ad intercettare.

I dati di letteratura, uniti alle indicazioni provenienti dai diversi organismi istituzionali competenti, indicano nella domanda di cura ancora inespressa una priorità di salute pubblica, che impone un investimento focalizzato, interdisciplinare ed intersettoriale per questa fascia di popolazione, necessario per prevenire le gravi conseguenze derivanti dagli anni di malattia non curata.

Attualmente sono ancora presenti criticità organizzative e funzionali nella filiera assistenziale dei servizi implicati nella tutela della salute degli adolescenti, che dovrebbero essere superate per assicurare la necessaria interdisciplinarietà ed integrazione, sia nella fase valutativa-diagnostica che in quella di presa in carico terapeutico-riabilitativa.

E' necessario dialogare, lavorare con gli altri servizi sanitari specialistici per l'età evolutiva, per superare differenze culturali ed operative; il periodo della "transizione" dall'età minore a quella adulta è quello più delicato ed a rischio di drop out.

La riduzione della durata del disturbo non trattato, attraverso interventi di individuazione precoce e trattamenti mirati nelle primissime fasi di malattia, può migliorare gli esiti a breve e a lungo termine.

La necessità di essere tempestivi per aumentare le probabilità di successo terapeutico rimanda alla responsabilità di programmare anche interventi di prossimità nel territorio.

Il consumo problematico e le dipendenze giovanili hanno caratteristiche molto diverse da quelle dell'adulto; rientrano tra le molteplici forme in cui si manifesta la sofferenza psichica in età evolutiva.

Il consumo problematico di sostanze psicoattive e le varie forme di dipendenza in età evolutiva richiedono al sistema dei servizi specialistici pubblici per le dipendenze - Ser.D. la rimodulazione della propria offerta di prevenzione e di trattamento.

È fondamentale il lavoro in équipe multiprofessionale e multidisciplinare, a sostegno anche della famiglia, attraverso diversi tipi di attività: terapeutica, psicoeducativa, di socializzazione, di formazione.

L'obiettivo è curare la dipendenza, favorire la ripresa del percorso evolutivo, nonché l'acquisizione di competenze auto-protettive, prevenire la cronicizzazione.

FeDerSerD negli ultimi anni ha posto la massima attenzione su questo tema, per promuovere una competenza specifica tra i professionisti e per rappresentare alle Istituzioni nazionali e regionali la necessità di investimenti di risorse adeguati per migliorare l'offerta di prevenzione e di cura.

In molte Regioni italiane sono attive nei Ser.D. esperienze innovative di grande interesse, dedicate all'utenza under 25.

La recente survey realizzata da FeDerSerD proprio per mappare tali esperienze ha consentito di censire 60 Ser.D. protagonisti di scelte clinico-organizzative finalizzate a migliorare l'efficacia dell'offerta specialistica per i giovanissimi ed a favorire un riconoscimento precoce.

Possiamo sintetizzare le esperienze in corso tratteggiando tre modelli clinico-organizzativi principali, che sono stati adottati tenendo conto delle peculiarità locali e della possibilità di riconversione

delle risorse di budget disponibili: *servizi dedicati, équipe dedicate, fasce orarie dedicate.*

Prendendo in esame i punti di forza e quelli di debolezza delle tre tipologie, la scelta che appare più coerente e più efficace è quella del *servizio dedicato*, che si dimostra in grado di superare la maggior parte dei fattori ostacolanti l'accesso al servizio dei ragazzi e di assicurare una risposta più completa ed articolata all'intero nucleo familiare.

Le altre scelte effettuate appaiono comunque importanti, in quanto finalizzate ad andare incontro alle nuove e specifiche esigenze dell'utenza, tenendo conto delle poche risorse riconvertibili.

Innovazioni importanti sul fronte dell'approccio precoce potrebbero essere favorite dallo sviluppo della sanità territoriale, in linea con le indicazioni del PNNR.

I Ser.D. sono a pieno titolo servizi specialistici territoriali e la presenza dei professionisti dei Ser.D. e degli altri servizi per l'età evolutiva nelle Case della Comunità potrebbe risultare strategica per garantire attività di primo livello, indispensabili per una lettura precoce del disagio e per una sua pronta presa in carico.

Riferimenti bibliografici

- Charmet G.P. (2003). L'intervento clinico in adolescenza fra crisi evolutiva e psicopatologia. *Adolescenza e psicoanalisi*, III(1).
- Cocchi A., Meneghelli A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca - Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Editore Centro Scientifico Editor.
- Hersch J. (2006). *Essere e forma*. Edizioni Bruno Mondadori.
- Lancini M., Cirillo L., Scodreggio T., Zanella T. (2020). *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Raffaello Cortina Editore.
- Barbini D., Papaluca S., Coppin P., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Ferrando E., Desiato R.M.S. (2021). Il sipario dietro l'azzardo di Spirit(i): il familiare divenuto estraneo. *Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma analitico*, 13(1/2).
- Coppin P., Antonini T., Barbini D., Capellini P., Micheli D. (2023). Il modello di intervento dell'équipe di diagnosi e trattamento precoce (DTP): la presa in carico a tempo, la co-conduzione, il lavoro con le famiglie, l'assessment collaborativo. *Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze* (pp. 119-134). FrancoAngeli Editore.
- Contino A., Romano M., Brogno V., Tassi F., Vivian E., Verdiani M., Zarl A. (2023). Il servizio "Androna Giovani" dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. *Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze* (pp. 160-177). FrancoAngeli Editore.
- Riglietta M., Balestra R., Grech M., Lamartora V. (a cura di) (2023). *Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze. Obiettivi, contesti di intervento e pratiche*. FrancoAngeli Editore.
- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2023. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga.

Un ringraziamento particolare va a tutti i professionisti dei Ser.D. che hanno partecipato alla survey nazionale.

Contaminazioni

Maurizio Fea

“E mi no firmo”

E mi no firmo comincia così l'esperienza del dr. Franco Basaglia come direttore del manicomio di Gorizia. Con questo gesto Basaglia avvia quel lungo processo di revisione critica della azione psichiatrica che ancora non si è concluso e probabilmente non si concluderà mai perché sono cambiate e continuano a modificarsi le condizioni entro le quali operano i dispositivi del controllo, della regolazione e della cura dei disturbi mentali. Non legittimo con il mio assenso professionale, dice e fa Basaglia, quello che è consentito dai regolamenti e dalle leggi allora in vigore nei manicomi, la contenzione ed i provvedimenti restrittivi applicabili ai ricoverati riottosi e disperati nel corso della notte (legature, punizioni ed altro).

Con questa decisione Basaglia mette in crisi il sistema della cura allora vigente, ne mina le basi, disarticola il processo che vede in primo luogo la società civile rivolgersi all'apparato psichiatrico affinché la liberi da individui i cui comportamenti sono disturbanti e incontrollabili nei contesti di vita ordinari... il mandato è chiaro *te li affido e tu fanne ciò che vuoi e ritieni utile per loro ma soprattutto per noi che restiamo fuori dalle mura della alienazione.*

Molte cose sono cambiate da quell'anno, le manifestazioni del disturbo mentale, le regole sociali che definivano i limiti di accettabilità e possibilità comportamentali, la conoscenza dei fenomeni morbosi e delle cause biologiche, l'impiego di farmaci sempre più specifici, capacità diagnostiche accurate. È cambiato anche il clima culturale che aveva consentito ad un maestro di giornalismo come Sergio Zavoli di realizzare una serie di puntate televisive per spiegare alla gente che cosa stava accadendo a Gorizia e a Trieste a prescindere dagli episodi di cronaca pruriginosi con cui ci alimentano adesso le menti delle persone. Era il '68 il pensiero circolava insieme all'azione, l'immaginazione pensava pure di prendere il potere e i conservatori reazionari non erano scimmiette ammaestrate ma uomini come Montanelli.

Sono dunque cambiate le procedure dell'apparato psichiatrico, riviste con introduzione di meccanismi di controllo allo scopo di evitare abusi, arbitri, violenze di cui la psichiatria è stata complice perché il suo statuto lo consentiva, il suo mandato era stato definito anni prima, nel secolo dei lumi e della scienza che tutto voleva classificare e definire, ma ebbe come effetto collaterale quello di allontanare i poveri, gli alienati, i dementi, gli impresentabili dal consesso pubblico. La violenza psichiatrica oggi si riproduce in modo molto più differenziato e sfaccettato nei nuovi contesti istituzionali e non è più meramente sovrapponibile ai vecchi dispositivi di gestione della *malattia* propri dell'ospedale psichiatrico.

Negli stessi anni in cui Basaglia metteva un cuneo nel sistema che avrebbe inceppato e poi cambiato, altri psichiatri davano vita in altre parti del mondo (soprattutto Gran Bretagna) ad un movimento di pensiero e di azione che assunse il nome di antipsichiatria, che negava la natura stessa della malattia mentale,

attribuendo la causa del disturbo alla organizzazione della società industriale capitalistica.

L'antipsichiatra inglese Ronald Laing si concentrava sulla possibilità per il soggetto di sperimentare il proprio diritto al viaggio a ritroso ossia a una regressione liberatoria mentre per gli psichiatri antistituzionali la questione non era quella di autorizzare la follia bensì di mostrare la intima connessione fra necessità della follia e mancata risposta ai bisogni di cui il folle è portatore.

“Per Laing l'obiettivo era creare luoghi per la autorizzazione della follia, per Basaglia la questione era quella di smontare i luoghi deputati alla follia perché dietro di essa non sta la strada della conoscenza ma il vicolo cieco della sopraffazione” come scrive Benedetto Saraceno. E qui sta la divaricazione fra una psichiatria che decostruisce la propria violenza (Basaglia) e una che costruisce il proprio annullamento (Laing). La legittimazione che preoccupa Basaglia è quella del corpo e dei bisogni mentre quella che preoccupa Laing è quella della mente e della sua esperienza.

Era il 1968 e seguenti, anni di radicali tentativi di cambiamenti in molti ambiti della vita individuale e collettiva, l'azione di Basaglia è stato un tentativo di successo che ha fruttificato negli anni.

Allora perché è ancora necessario parlare di disturbo mentale e commemorare la sua azione a distanza di così tanti anni? Cosa farebbe oggi Franco Basaglia, non ci sono più i manicomi, non è più necessario autorizzare a posteriori le misure di contenzione, i malati non sono più i dementi, gli impresentabili totalmente alienati, ma la sofferenza mentale e le sue conseguenze sul singolo affetto, sui congiunti e sulla comunità rimangono con tutto il loro devastante potere di alterare le vite.

I critici, e sono numerosi, dicono che le riforme generate da quel gesto di rottura e quelli successivi clamorosi fatti a Trieste, sono state un fallimento perché i matti ci sono ancora e disturbano, a volte costituiscono un pericolo potenziale, ma più spesso sono ragione di sofferenza incomprensibile e sfidano affetti, volontà, pensieri propri e altrui.

La malattia mentale è come la povertà, non si abolisce per decreto come piacerebbe dire o fare a qualcuno. Si possono solo creare condizioni per ridurre squilibri, per assicurare momenti di pausa nel turbine di emozioni e sentimenti che travolgono le persone, per essere tempestivi nel cogliere i segnali più gravi di sofferenza che non trova altro modo di espressione che la rottura, la fuga, il delirio, il ritiro, la chiusura o l'intemperanza esuberante.

Non occorrono più clamorosi gesti di rottura di cui dobbiamo tutti essere grati a Franco Basaglia, ma stanze di compensazione necessarie a ripristinare equilibri compromessi, luoghi e professionisti accoglienti e disponibili e perciò non afflitti da croniche mancanze di risorse e incapacità gestionali e organizzative, un sistema attrezzato e capace di intervenire non solo nei momenti di crisi ma di essere responsivo per archi tempora-

li lunghi perché il disturbo recidiva, si ripresenta in forme inedite, oscilla paurosamente con alti e bassi ed è imprevedibilmente legato alle incertezze della vita che ne possono accendere o spegnere i clamori.

I critici di Franco Basaglia e dei risultati della sua azione sono privi del senso del tragico, ovvero incapaci di superare il male che sembra inseparabile dalla organizzazione sociale e politica. Il perseguimento della felicità che caratterizza progetti di vita individuali e sembra connotare il nucleo della azione politica che guida i processi istituzionali, rifiuta di accettare il posto del male nella vita umana e di riconoscere il suo carattere tragico. Questa mancanza è la pietra miliare su cui fondano le argomentazioni securitarie volte a semplificare le procedure e le architetture della cura della malattia mentale, mancanza che può essere almeno in parte colmata da azioni e pensieri capaci di aiutare a riconoscere ciò che vi è di tragico nella vita e al contempo non esserne sopraffatti.

Sembra una pretesa assurda quella di chiedere ad un sistema di cura di farsi carico di tutto ciò che le attuali relazioni sociali evitano accuratamente, ed i sistemi amministrativi e di governo della salute riducono ad elenchi di prestazioni remunerabili, talora anche di dubbia efficacia. Sembrava assurdo anche che il direttore del manicomio di Gorizia presentatosi alla mattina potesse dire *mi no firmo* ma Franco Basaglia lo ha fatto e alcune cose, almeno le peggiori, sono cambiate. A noi il coraggio e la forza di determinare altri cambiamenti per commemorare al meglio un uomo nobile e coraggioso.

Operiamo in condizioni molto diverse da allora, in parte migliori in parte peggiori: i manicomi non ci sono più, sostituiti da altre forme più subdole ed eleganti di emarginazione che colludono con la tendenza del sistema di welfare a tradurre i bisogni sociali e relazionali solo in senso sanitario, appiattendo su prestazioni sanitarie domande impossibili da esprimere; ne conseguono inapproprietezze (le cui conseguenze negative e mortifere sono distribuite nel corpo sociale a svantaggio delle popolazioni più povere e marginali), prestazionismo profittevole e costanti campagne di «razionalizzazione».

Il tema della cura è rimasto quello individuato da Basaglia e che Saraceno sintetizza mirabilmente così: «Nella cura si coniugano atti intimi e privati e atti sociali: la cura è anche una pratica sociale che richiede “politiche”, finanziamenti e sostegni... Non vi è dubbio che la cura sia al tempo stesso un’azione gratuita e una pratica professionale. Allora, diciamo che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto. Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive. Spesso i famigliari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde. Questa doppia natura della Cura costituisce in sostanza la sua complessità e la sua trasversalità nella vita di ognuno: una attività alta e profondamente umana poiché coniuga l’intimità segreta e privata dei corpi, la gentilezza e il rispetto per i viventi, le pratiche umili e quotidiane dell’accudimento ma anche la consapevolezza di non essere solamente solitari produttori di oblatività ma parti di una comunità umana e sociale fatta di solidarietà e di concreti sostegni istituzionali. La cura è dunque un complesso atto bio-psico-sociopolitico» (B. Saraceno, Prendersi cura e costruire la pace. SOS Sanità, settembre 2022). Altre cose sono cambiate, alle forme del disturbo mentale classiche si sono aggiunte forme di sofferenza che nascono da vite che si ammalorano a causa di desideri mal riposti o frustrati, di distanze incolmabili tra l’idea del mondo che ossessivamente ci viene proposta dagli illusionisti del marketing e delle nuove tec-

nologie e la realtà contro cui si scontrano soprattutto i giovani, non attrezzati e poco avvezzi a misurarsi con un mondo che non è semplice, non è immediato, non è responsivo nel modo in cui lo danno ad intendere i potenti costruttori delle tecnologie computazionali. A tutto questo va aggiunta la coesistenza di disturbi psichiatrici e di abuso di sostanze, legali e illegali, da quelle pesanti all’alcol e la cannabis, fino al vastissimo mondo delle droghe sintetiche che è divenuta la norma, non più l’eccezione.

Da questo scontro nasce la sofferenza di giovani e non solo, disarmati di fronte alla delusione, al fallimento, alla incertezza, frutto della rinuncia alla propria immaginazione in cambio dei prodotti confezionati da avvelenatori di pozzi che non si curano affatto dei danni intenzionalmente prodotti dalle loro tecnologie.

Queste forme della sofferenza che talora appaiono meno gravi e devastanti del disturbo totalizzante psicotico, Basaglia non le conosceva, ma possiamo attingere al suo pensiero per dire che si tratta di vedere la sofferenza individuale per storicizzarla, non per trattarla come bisogno individuale a cui rispondere con una prestazione. Il lavoro di prevenzione deve quindi orientare alla riformulazione dell’incontro tra tecnica e politica, mediante la sperimentazione di pratiche sociali di trasformazione in senso cooperativo delle relazioni, un cambiamento nella concettualizzazione sui fatti della vita, che ricostruisca la capacità di dare senso alle esperienze di disagio al di là dei tecnicismi medici. Occorre spingere affinché la popolazione agisca in forme politiche per rimuovere le cause di malessere e si creino le condizioni per la nascita di luoghi di produzione di sapere sulla salute e la malattia. Ma servono anche, come scrive Fabrizio Starace, direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze di Modena, effettive misure economiche e sostegni pragmatici, finalizzati a un rilancio di valori, a un ripensamento critico degli strumenti e dei saperi applicati, a una formazione che non sia un ammaestramento standardizzato e al coinvolgimento reale dell’unica vera risorsa di cura che è quella degli operatori, delle persone sofferenti e della loro famiglie.

Oggi, venendo a mancare proprio *una cultura dell’accoglienza* in uno spazio istituzionale *sequestrato* dalle prestazioni e da logiche ambulatoriali, non è fondamentale stabilire quante persone numericamente riesca ad accogliere il servizio ma che tipo di rapporti si articolino al suo interno e al suo esterno, che qualità abbiano questi rapporti e quale livello di negozialità esista tra la comunità, l’utenza, le amministrazioni locali e l’organizzazione di quel servizio. La capacità di “funzionare” per un servizio di salute mentale infatti non si misura più da quante persone riesce a far transitare al suo interno ma dal modo in cui funzionano e si rappresentano concretamente le relazioni dentro e fuori quello spazio istituzionale.

Questo potrebbe essere, come amava dire Basaglia *quel momento felice in cui si potrebbero incominciare ad affrontare i problemi in modo diverso*.

Riferimenti bibliografici

- Risso M. (1981). In: V. Caretti e G.P. Lombardo (a cura di). *Psicologia e psichiatria, quale cultura per i servizi psichiatrici*. Roma: Bulzoni editore.
- Franco Rotelli (2015) (a cura di). *L’istituzione inventata/Almanacco (Trieste 1971-2010)*.

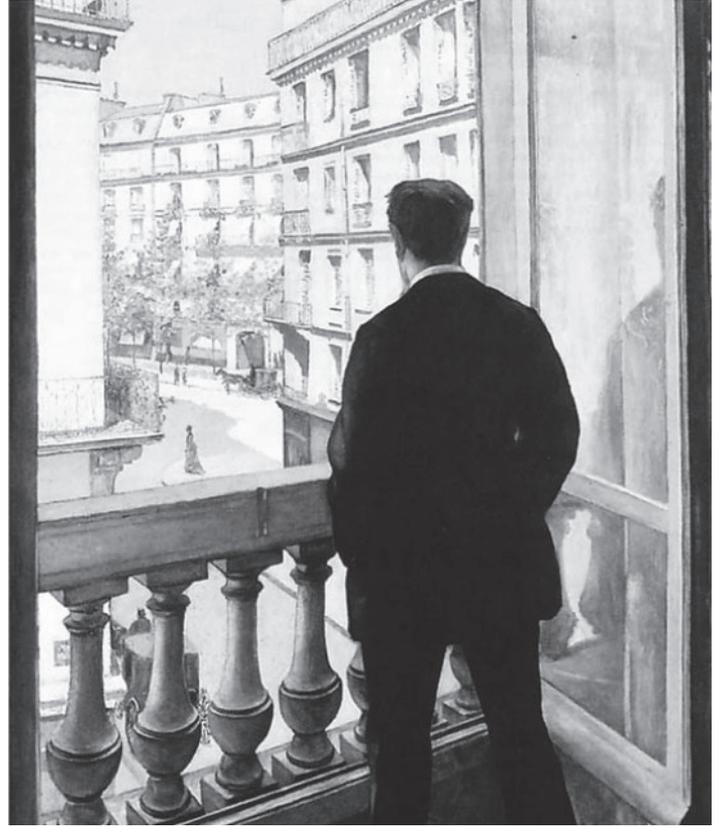
Relazione tenuta nella Biblioteca Teresiana della Università di Pavia nel corso delle manifestazioni “Franco Basaglia: 1924-2024” nel settembre-ottobre 2024, che vedono FeDerSerD tra gli organizzatori.

La Finestra dei consumatori

Questa rubrica 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.



Sull'infanzia

Vicino alla fontana, incontro lo sguardo di una bambina.
Mi avvicino.
Rimaniamo immobili uno di fronte all'altra senza
timidezza
senza parlare.
E fu l'amore.

È un'umida mattina d'autunno. Colorata tragicomica
figurina aspetto lo scuolabus. E fu solitudine.

Mio nonno al sole disteso sulla brandina mostra la fresca
frastagliata
cicatrice che gli attraversa il torace. E fu il dolore.

Apro la porta della camera dei miei.
È sera. Ascolto urla gemiti guaiti invocazioni soffocate
di persone che non conosco. E fu la vergogna.

Il pavimento dell'atrio cupo è bagnato.
Gli ombrelli, le giacche dei bambini gocciolano.
Con un pugno, colpisco la fradicia guancia di qualcuno.
E fu la violenza.

Dalla finestra, guardo i preparativi di una festa a cui non
sono invitato.

Lei è lì.
E fu la gelosia.

Porto un crocifisso. Nevischia e tira vento.
Un corteo ammutolito mi segue.
E fu la morte.

In fila indiana attraversiamo un grande prato.
Tutto è bianco, cielo e terra.
E fu purezza.

I profumi di una sera di maggio
il verde nuovo e dorato e poi l'incenso, Ave Maria e Salve
Regina.
E fu la fede.

Mi crescono i peli e mi si rizza l'uccello
mi muovo goffo, arrossisco per un nonnulla.
E fu la fine.

Federico

*Servizio dipendenze comportamentali e da sostanze
legali Area dipartimentale dipendenze - Azienda Sanitaria
ASUGI*

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Umberto Fiori nasce a Sarzana nel 1949. Nel 1954 si trasferisce a Milano, dove vivrà, dove si laurea in filosofia. Negli anni Settanta entra a far parte come voce e chitarrista del gruppo rock Stormy Six, famoso per l'album *Un biglietto del tram*. Il gruppo diventa un simbolo del movimento di protesta sociale di quegli anni.

Lascia il mondo della musica all'inizio degli anni Ottanta per dedicarsi alla poesia. Nel 1986 pubblica il primo volume di versi intitolato *Case* (San Marco dei Giustiniani), cui seguono i volumi *Esempi* (1992), *Chiarimenti* (1995), *Parlare al muro* (1996), *Tutti* (1998) e *La bella vista* (2002), tutti editi dall'editore Marcos y Marcos. Nel 2023 è uscita per l'editore Garzanti la raccolta di poesia *Autortratto automatico*. Ha inoltre pubblicato saggi di poetica e romanzi.

Qui di seguito, tre sue bellissime poesie.

Altra discussione

Quando due che discutono
sono arrivati al cuore della questione
e uno alza gli occhi al cielo, scuote le braccia,
l'altro si guarda intorno
a mani giunte, come cercando aiuto,
e gridano fatti, e prove,
cambiano tono, si chiamano per nome
ma non c'è niente, nessuno che possa più
dare ragione a nessuno –
proprio allora, lontani come sono,
rivedono il miracolo:
che sia una la stanza,
che sia lo stesso
il tavolo dove battono.

Contatti

Lo vedi come sono
storto, contratto? Lo vedi questo piede,
quando mi siedo, come lo metto?
È tutto per lo sforzo, in tanti anni,
di non urtare le persone. Stretto
contro un sedile, dentro l'autobus pieno,
stare a posto, evitare
coi miei vicini
persino il minimo contatto.

Sulle panchine delle sale d'aspetto
o in treno, in corridoio, era una pena
ogni momento sentire sfiorarsi il buio
del mio ginocchio e del loro.

Ore e ore, giornate intere:
uno di fianco all'altro
stavamo, come i gusti del gelato
nel bar della stazione.
Di vero tra noi, di giusto,
lo spazio di due dita
era rimasto.

Schiena

Che bella forma fiera
ha la tua schiena. Com'è
tiepida, liscia. Come so solleva
piano, mentre respiri nel tuo angolo.
Com'è vicina alla tua mano.

Io, qui, non dormo. Il sangue
vede, patisce,
e si agita dentro, si gira
e si rivolta, e smania. Come te da bambina,
chiusa nel busto di gesso.

Grida, il mio sangue. Non vuole ancora capire
com'è più giusto essere costretti,
duri, bloccati. Io lo ascolto
a sto qui buono, muto,
nella mia fossa.

Penso al male, al rimedio.
Penso alla sera
che mi hai sfiorato il petto
e la povera statua
di fango e sputo che ero
si è mossa.

® 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

Buprenorfina impianto sottocutaneo: prime valutazioni sull'utilizzo in un Ser.D.

Roberta Marenzi, Liliana Praticò, Andrea Corbetta, Giovanni Plebani, Manuel Cornolti, Marta Vaiarini, Marco Riglietta*

SUMMARY

■ *Opioid use disorder (DUO) is still the most common pathology in the population attending outpatient addiction services.*

All international guidelines define treatment with opioid agonists as the Gold Standard of treatment (1, 2, 3, 4, 5).

Despite this, in Italy the estimate of coverage with this therapy of people with a DUO is just over 40% (6).

DUO can be treated through maintenance therapy with opioids in combination with psychosocial support, but to be effective, maintenance therapy with opioids must be maintained regularly for a prolonged period of time.

Buprenorphine (BPN) is one of the most common pharmacological treatments and to date is based on the intake of tablets or sublingual film.

In recent years, Long Acting injectable formulations have been introduced onto the market in weekly or monthly preparations and a formulation as a subcutaneous implant lasting 6 months. Buprenorphine implants allow for a more flexible treatment pathway with individualized approaches and have been associated with important benefits for both patient quality of life and burden on health systems.

In this article we describe the clinical experience conducted in an outpatient addiction service. ■

Keywords: *Drug addiction, Opioids, Opioid agonist treatment, Buprenorphine, Buprenorphine implant.*

Parole chiave: *Tossicodipendenza, Oppioidi, Trattamento con agonisti degli oppioidi, Buprenorfina, Impianto di Buprenorfina.*

Articolo sottomesso: 4/09/2024, accettato: 23/09/2024

Introduzione

Nei primi mesi del 2022 abbiamo iniziato con una fase esplorativa, consegnando ai pazienti in trattamento con agonisti degli oppiacei (Metadone/Buprenorfina) un questionario sulle nuove formulazioni disponibili quali: buprenorfina/naloxone film, metadone cloridrato in compresse, buprenorfina impianto sottocute.

Ai pazienti interessati sono state fornite spiegazioni più dettagliate rispetto ai campi di applicazione delle stesse ed ai criteri di eleggibilità.

Dopo questa prima fase è stato selezionato un gruppo di pazienti con criteri di inclusione appropriati: dosaggio di buprenorfina inferiore o uguale a 8mg/die, stabilizzati da almeno un mese, disponibilità ad effettuare il trattamento.

* SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

Tutti i pazienti hanno firmato un consenso informato al trattamento specifico.

Alla data odierna sono stati arruolati 10 pazienti, effettuati 11 impianti (un paziente ha effettuato un secondo impianto come previsto in scheda tecnica), 5 rimozioni ed 1 rimozione è programmata a breve.

Indicatori clinici e strumentali per la valutazione:

Nella settimana antecedente l'impianto si effettua dosaggio della buprenorfina nelle urine; per ciascun paziente vengono raccolti i seguenti dati:

- Età.
- Sesso.
- Storia di dipendenza in anni.
- Sostanza d'abuso primaria.

- Dosaggio di buprenorfina sublinguale.
- Durata del trattamento in corso stabilizzato.
- Terapie concomitanti.
- Patologie concomitanti.
- Professione.
- Motivazione del passaggio alla nuova formulazione.
- Data della procedura di impianto.

Il monitoraggio del trattamento segue uno schema di rilevazione di parametri standard a tempi definiti dopo l'impianto

- T0: 1-7 giorni.
- T1: 15 giorni.
- T2: 1,5 mesi.
- T3: 3 mesi.
- T4: 4.5 mesi.
- T5: 6 mesi.
- T6: 7 mesi.

Ad ogni visita vengono rilevati:

- Stato di salute generale.
- Reazione avverse nel sito di impianto.
- Grado di soddisfazione del paziente.
- Metaboliti urinari di oppiacei, cocaina e buprenorfina.
- Sintomi di astinenza valutati mediante Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS).
- Uso di altre sostanze.

Dopo la procedura d'impianto e di rimozione è stata inoltre compilata una survey clinica per il paziente e per il medico che ha in carico il paziente che valuta: il percorso di accettazione dell'impianto, l'intervento di inserzione e rimozione dell'impianto, il counseling fornito al paziente per riconoscere gli eventuali eventi avversi, l'organizzazione dell'intervento stesso (tempi, sede, facilità di reperire il materiale necessario, allestimento dell'ambulatorio), la semplicità/difficoltà delle due procedure da parte dell'operatore che le ha effettuate, il percorso di accompagnamento all'intervento e le successive fasi (counseling telefonici periodici) con rilevazione degli aspetti positivi e/o negativi riscontrati nelle diverse fasi.

Risultati

Sono stati arruolati 10 soggetti maschi (un paziente ha effettuato secondo impianto come da scheda tecnica), 1 soggetto femmina. L'età media è di 42 anni (22-59).

La diagnosi principale è di disturbo da uso di oppiacei per 4 pazienti, disturbo da uso di oppiacei e cocaina per 5 pazienti.

La storia di dipendenza ha una media di 23 anni (3-37), i pazienti sono in terapia con buprenorfina stabilizzati da almeno 30 giorni ad un dosaggio variabile tra 2 ed 8 mg die.

6 pazienti hanno un lavoro stabile, 2 pazienti sono studenti, socialmente integrati e con legami familiari significativi.

Tutti i pazienti hanno espresso il desiderio di provare a concludere il trattamento con buprenorfina, associato al desiderio di distogliere l'attenzione quotidiana alla terapia, limitando gli accessi al servizio e sentirsi maggiormente liberi sia concretamente (trasferte, vacanze, vita sociale) che psicologicamente.

Trattamenti conclusi: 5

- Paziente 1: l'impianto è stato rimosso in data 16.11.2022. Non ha più necessitato di terapia farmacologica, non ha più assunto sostanze. È stato dimesso dal servizio a marzo 2024 con diagnosi di disturbo da uso di oppiacei e stimolanti cocaina in remissione completa protratta.
- Paziente 2: l'impianto è stato rimosso in data 24.07.2023, in Australia. La paziente ha riferito di non avere più assunto bu-

prenorfina alla conclusione del trattamento di sei mesi. Dimessa dal servizio a luglio 2023 per permanenza della paziente all'estero.

- Paziente 3: l'impianto è stato rimosso in data 12.01.2024. Nei giorni successivi si sono manifestati sintomi astinenziali. Il paziente ha reintrodotta la terapia con buprenorfina ad un dosaggio inferiore rispetto al periodo precedente l'impianto (passando da 6 mg a 2 mg). Dopo alcuni mesi di stabilizzazione il paziente ha chiesto la possibilità di ricevere il secondo impianto, effettuato recentemente.
- Paziente 4: l'impianto è stato rimosso in data 19.07.2024, ed ha coinciso, al momento, con la sospensione della terapia agonista. Per questo paziente si è riusciti a rimuovere solo 3 degli impianti, il 4° era difficilmente reperibile palpatariamente. Per tale motivo è stata effettuata un'ecografia per individuarne la posizione e verrà effettuata una rimozione dell'ultimo impianto eco-guidata.
- Paziente 5: l'impianto è stato rimosso completamente in data 23/08/2024 con sospensione di terapia agonista; ha integrato buprenorfina ¼ di cp da 2 mg per un solo giorno poiché non riusciva a riposare. Non lamenta però altri sintomi di astinenza. Dopo la rimozione quest'ultimo paziente ha sviluppato un ematoma con una sottostante raccolta sierica che si è aumentata di volume nei giorni successivi alla rimozione fino a raggiungere dimensioni di circa 3x4 cm. La raccolta è stata drenata attraverso una piccola apertura della ferita chirurgica.

Trattamenti ancora in corso: ad oggi, nei 6 pazienti ancora in trattamento, non vi è stata necessità di integrare la terapia per os dopo l'impianto, né sintomatologia astinenziale o craving per le sostanze.

1. *Reazioni avverse nel sito di inserzione:*

- a) Nessuno dei pazienti ha sviluppato reazioni avverse (in particolare infezione della ferita) né particolare dolore in sede di inserzione/rimozione (tutti i pazienti sono rientrati al lavoro il giorno successivo).
- b) Solo in un paziente si è formata una piccola raccolta ematica circoscritta al sito di inserzione risolta spontaneamente dopo 7 giorni, e sempre nello stesso paziente, una lieve dermatite da reazione al cerotto risolta con l'applicazione di crema topica.
- c) Dopo l'inserzione (valutazione a T0) tutti i pazienti hanno riportato una sensazione di euforia, verosimilmente legata al picco di rilascio di buprenorfina dall'impianto, ritenuta gradevole per tutti ad eccezione di un paziente. Tale sintomatologia si è comunque risolta spontaneamente dopo 2-5 giorni.
- d) In seguito a rimozione in uno dei pazienti si è formata piccola raccolta ematica in sede di ferita chirurgica.

2. *Soddisfazione all'intervento:* tutti i pazienti hanno ritenuto poco invasiva e non dolorosa la procedura, con tempi di 1 giorno per la ripresa dell'attività lavorativa.

3. *Soddisfazione per il trattamento:* per tutti i pazienti l'effetto maggiormente apprezzato è stato la sensazione di lucidità presente già al risveglio (con la terapia orale era riferita latenza tra sintomi lievi astinenziali e picco di efficacia all'assunzione), una stabilità nel tono dell'umore nell'arco della giornata, maggior capacità di concentrazione, ed un maggior senso di efficienza psicofisica. Tutti riferiscono come favorevole l'allontanarsi della gestualità e ritualità legata all'assunzione della compressa che associano alla ritualità dell'uso di eroina nel passato.

4. *Valutazione sintomi astinenziali* (COWS – Clinical Opiate Withdrawal Scale): durante il periodo di trattamento con im-

pianto: in tutti i nove pazienti il punteggio è risultato 0, ovvero assenza di sintomi.

5. *Valutazione del craving per oppiacei (VAS)*: assente in tutti i pazienti.
6. *Valutazione del craving per altre sostanze*: per quanto questo non sia obiettivo specifico del trattamento con agonisti degli oppiacei, è un parametro che viene normalmente rilevato in tutti i pazienti in trattamento. Nessuno dei pazienti ha riferito craving per sostanze di abuso; un paziente ha riferito riduzione dei consumi di alcol per miglioramento del tono dell'umore percepito meno altalenante.
7. *Esami tossicologici*: la ricerca dei metaboliti degli oppiacei e di altre sostanze d'abuso è sempre risultata negativa. Solo un paziente ha avuto un'occasionale positività per la cocaina. I valori della buprenorfinuria, dopo il picco iniziale, si sono mantenuti stabili con valori compresi tra 19-28 ng/ml. Solo in un paziente dopo il picco iniziale, sono stati rilevati valori particolarmente bassi (9 e 7 ng/ml). La raccolta ematica formatasi subito dopo l'impianto potrebbe aver rallentato la diffusione del farmaco. Il paziente non ha però avvertito alcuna sintomatologia astinenziale.
8. Non vi sono stati fenomeni di misuso e/o diversione, non possibili con la formulazione impianto.

Considerazioni conclusive

Tutti i pazienti hanno scelto di intraprendere il trattamento semestrale con l'aspettativa di migliorare la propria qualità di vita e di intraprendere un percorso che portasse alla riduzione/sospensione della terapia che assumevano.

L'assunzione della terapia al servizio, anche in pazienti con affido del farmaco di 28 giorni, era percepita come un limite per la necessità di organizzarsi per recarsi al servizio (permessi sul lavoro, impegni con la famiglia) con compromissione della routine quotidiana.

Il costante pensiero all'assunzione quotidiana della terapia, l'essere certi di averla a disposizione anche in caso di imprevisti (trasferte, viaggi, occasioni ricreative), la persistenza di una immagine di sé "dipendente" e stigmatizzata (nascondersi per assumere la terapia), la ritualità dell'assunzione della terapia quotidiana percepita come un "sostituto" dell'eroina, le fluttuazioni dell'umore legati alla farmacocinetica e farmacodinamica del farmaco assunto quotidianamente erano fra gli elementi critici riportati dai pazienti e che hanno superato con l'impianto sc.

La procedura chirurgica è stata realizzata all'interno del Ser.D. in ambulatorio dedicato da una equipe (medico Ser.D. certificato per espletare l'intervento, e infermiere) e costituisce un valore aggiunto perché permette una organizzazione più semplice e gradita al paziente fornendo un punto d'ascolto dedicato, supporto psicologico e garanzia della privacy, garantendo continuità assistenziale (i pazienti hanno la possibilità di contattare il servizio tramite numero di cellulare dedicato) la cura e assistenza nel post chirurgico, il monitoraggio e medicazione della ferita, la valutazione e controllo del rischio infettivo; da ultimo l'educazione sanitaria ed educazione terapeutica al paziente e alla famiglia.

La strumentazione necessaria è quella della piccola chirurgia.

Procedura di inserzione: un medico + un infermiere.

Tempo medio della procedura (valutazione paziente, procedura chirurgica, rivalutazione del paziente) 1 ora.

Procedura di rimozione: un medico + infermiere.

Tempo medio 2,5 ore.

La procedura di rimozione non è semplice quanto l'inserzione, richiede esperienza e tempo necessario all'adeguata rimozione degli impianti nella loro interezza.

La durata maggiore è legata alla procedura che prevede: verifica della posizione degli impianti mediante palpazione.

Gli impianti non palpabili devono essere localizzati prima di tentarne la rimozione.

In caso di impianti non palpabili, sarebbe auspicabile rimuoverli sotto controllo ecografico (dopo averli localizzati).

I metodi idonei a localizzare gli impianti comprendono l'ecografia con trasduttore linear array ad alta frequenza (10 MHz o superiore) o, se l'ecografia non è sufficiente, la risonanza magnetica per immagini (RMI).

Gli impianti SixMo non sono radiopachi e non sono visibili alla radiografia o alla TC.

Se l'impianto è incapsulato o in presenza di retrazioni, va usato il bisturi per rimuovere i tessuti aderenti e liberare l'impianto; è sconsigliata la chirurgia esplorativa con bisturi in caso di difficile localizzazione dell'impianto.

Dopo la rimozione di ogni impianto, accertarsi che sia stato rimosso interamente misurandone la lunghezza, che deve corrispondere a 26,5 mm per singolo impianto; alla fine si sutura l'incisione.

Sarebbe auspicabile una formulazione più semplificata costituita magari da due soli impianti, più facilmente rimovibili.

Potrebbe aiutare anche una colorazione degli impianti più facilmente distinguibile dal tessuto sottocutaneo

Tutti i pazienti si sono dichiarati soddisfatti della scelta fatta sperimentando un cambiamento nella percezione del sé e della propria capacità introspettiva, riscoprendo una nuova energia, stabilità d'umore e capacità di gestire l'emotività.

In sintesi l'impianto semestrale di buprenorfina rappresenta una valida opportunità terapeutica, che non si sostituisce alle consolidate terapie, ma aumenta la possibilità di un trattamento individualizzato andando incontro a quelle che sono le esigenze del paziente nell'ottica di una reale possibilità di condurre una vita soddisfacente sia negli aspetti lavorativi, che familiari e sociali.

Maggiori dati sarebbero utili per valutare la possibilità di impianto semestrale nei pazienti che dimostrano una scarsa compliance all'assunzione orale del farmaco.

Auspicabile l'ausilio di un ecografo nella procedura di rimozione ed auspicabile la partecipazione degli infermieri alla formazione.

Riferimenti bibliografici

1. *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* - GOV.UK (www.gov.uk).
2. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. *J Addict Med.*, 2020 Mar/Apr, 14(2S Suppl 1): 1-91. doi: 10.1097/ADM.0000000000000633. Erratum in: *J Addict Med.*, 2020 May/Jun, 14(3): 267. Doi: 10.1097/ADM.0000000000000683.
3. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, 2018, March 5, 190: E247-57. Doi: 10.1503/cmaj.170958.
4. *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence*. Published: 24 January 2007, nice.org.uk/guidance/ta114.
5. *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* © World Health Organization 2009
6. Drug Report 2024 EUDA *European Drug Report 2024: Trends and Developments* | www.euda.europa.eu.

L’Innovazione dei Farmaci Long Acting. Manifesto per l’appropriata gestione della persona detenuta con disturbo da uso di oppioidi

Tratto da: Carmelo Cantone, Felice Alfonso Nava, Marco Riglietta, Francesca Sassano, Biagio Sciortino, Gennaro Sosto, Sarah Vecchio. Supplemento n. 3/2024 di *Open Source in Medicine* DOI: 10.48218/OSM424

Il “Manifesto per l’appropriata gestione della persona detenuta con disturbo da uso di oppioidi” nasce dal proficuo confronto tra diversi *stakeholders* (referenti dell’area sanitaria, della dirigenza ASL/AO, della dirigenza penitenziaria, delle comunità terapeutiche, della giustizia) per individuare, alla luce dei cambiamenti offerti dalle nuove tecnologie, azioni ed aree di miglioramento per la gestione e la riabilitazione del paziente con Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO) nel *setting* carcerario.

I Servizi per le Dipendenze e le carceri sono i punti di accesso al trattamento dei pazienti con Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO) verso i quali è opportuno mettere in atto la terapia farmacologica più appropriata, al fine di salvaguardare la salute del soggetto con dipendenza e favorirne il recupero e il reinserimento nella società. In tale ambito, i farmaci agonisti oppioidi rappresentano il gold standard terapeutico.

Attualmente l’assistenza terapeutica alla popolazione detenuta affetta da DUO, pur in presenza di raccomandazioni internazionali e nazionali in merito all’uso dei farmaci e agli approcci terapeutici, non riesce sempre ad essere garantita in modo adeguato.

Questa importante criticità si scontra con la necessità di coniugare le due finalità primarie sancite dalla Costituzione nell’ambito della struttura carceraria, ovvero **garantire la salute al detenuto e realizzare trattamenti che ne favoriscano la riabilitazione**, come previsto rispettivamente dagli articoli 32 e 27 della Costituzione Italiana.

Nel 2023 nasce “Molteni delle idee”, un progetto-laboratorio di Molteni Farmaceutici finalizzato a favorire il confronto e la collaborazione tra i diversi stakeholder (esponenti del mondo clinico, istituzionale e del privato sociale), che esercitano un ruolo chiave nella gestione del paziente con DUO.

Dal confronto degli stakeholder in occasione dei Congressi Nazionali organizzati da FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze), SIPaD (Società Italiana Patologie da Dipendenza), SIMSPE (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria) Onlus e SITD (Società Italiana Tossicodipendenze), è emerso che **l’innovazione tecnologica dei farmaci long acting trova uno dei suoi setting ideali nelle carceri**, dove il suo utilizzo può consentire di mettere in atto strategie terapeutiche ottimali per

i detenuti affetti da tossicodipendenza in termini di incremento dell’efficacia terapeutica e della sicurezza clinica. Si è pertanto deciso di realizzare un’indagine utilizzando la Nominal Group Technique (NGT) coinvolgendo un Board di 7 esperti nella gestione dei pazienti con DUO con l’obiettivo di redigere un manifesto condiviso sull’appropriata gestione del paziente detenuto con DUO.

I risultati confermano che le formulazioni long acting, come la buprenorfina depot, in contesti come il carcere e le comunità terapeutiche, rappresentano un approccio di particolare interesse per la gestione di persone con DUO, con impatto rilevante sulla riduzione del misuso e della diversione.

Possono rappresentare inoltre un’opzione terapeutica efficace per la riduzione del rischio di overdose, soprattutto dopo la scarcerazione e al termine di programmi riabilitativi comunitari.

In aggiunta, il successo clinico delle formulazioni di buprenorfina long acting è legato alla certezza dell’assunzione della dose prescritta, alla maggiore stabilità dei livelli ematici di buprenorfina e alla documentata maggiore ritenzione in trattamento.

In generale, l’innovazione tecnologica dei farmaci long acting promuove il benessere del paziente e ne favorisce la compliance facilitandone il reinserimento sociale, migliorandone la qualità della vita, e agendo in senso positivo anche sui processi organizzativi legati alla somministrazione dei farmaci.

Resta fondamentale la necessità di garantire ai detenuti affetti da DUO l'accesso alle offerte terapeutiche, sia consolidate che innovative, al pari degli altri cittadini, all'interno di un percorso terapeutico globale di continuità carcere-territorio.

In questo senso appare necessario promuovere nell'ambito delle terapie agoniste long acting la diffusione delle best practice, l'applicazione di evidenze scientifiche e la formazione specifica degli operatori in modo da ridurre gli attuali ostacoli all'uso delle terapie agoniste, comprese le terapie long acting, all'interno del carcere così da garantire a ogni detenuto con DUO il diritto alla salute, presupposto essenziale per favorire il reinserimento lavorativo e sociale della persona.

Manifesto in 15 punti per l'appropriata gestione della persona detenuta con disturbo da uso di oppioidi

Aspetti socio-assistenziali

1. È prioritario ridurre lo stigma sociale nei confronti delle persone con Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO).
2. È essenziale che il paziente detenuto abbia accesso alle offerte terapeutiche al pari dei cittadini in libertà, con la garanzia della continuità terapeutica carcere-territorio.
3. È importante promuovere la diffusione delle *best practice* e l'applicazione di evidenze scientifiche per favorire azioni sia all'interno del carcere ("di prossimità") sia sul territorio, che riducano gli attuali ostacoli al trattamento del paziente detenuto, garantendo il diritto alla salute, all'affettività e al lavoro.
4. Per migliorare l'accesso del paziente detenuto a offerte e innovazioni terapeutiche è fondamentale promuovere un percorso formativo adeguato per gli operatori sanitari.
5. Per assicurare la continuità terapeutica al paziente detenuto è fondamentale disporre di un fascicolo sanitario unico di continuità con il territorio, facilmente accessibile a tutti gli operatori sanitari.

Carcere

6. I maggiori rischi nella gestione della persona detenuta con DUO sono legati all'abuso di sostanze o farmaci, al misuse e alla diversione delle terapie.
7. I principali ostacoli al percorso terapeutico e riabilitativo del paziente con DUO in carcere sono rappresentati dallo stigma sociale, oltre che dalla presenza di comorbidità psichiatriche e internistiche.

8. Diversione, carenze organizzative e di personale e scarsa possibilità di conciliare il percorso di cura con programmi di formazione e reinserimento lavorativo rappresentano i maggiori ostacoli per una migliore gestione del detenuto con DUO.
9. Al fine di favorire la riabilitazione in contesto carcerario, è essenziale che ogni persona detenuta con DUO abbia accesso a programmi lavorativi o di reinserimento sociale mediante applicazione di criteri di selezione basati esclusivamente sulla valutazione del singolo percorso, e che non escludano i pazienti in terapia con farmaci agonisti oppioidi.

Comunità terapeutiche

10. Per garantire la continuità terapeutica tra il carcere e le strutture residenziali presenti nel territorio è essenziale migliorare la presa in carico del paziente con DUO all'interno del *setting* carcerario e favorire rapporti di collaborazione efficaci tra i servizi pubblici e i servizi privati accreditati del terzo settore.
11. Le comunità terapeutiche devono garantire la continuità e l'appropriatezza terapeutica, limitando la riduzione del dosaggio del farmaco agonista oppioide o la dismissione dal trattamento ai soli casi in cui è indicato farlo.
12. Per un'efficace prosecuzione del programma terapeutico è importante, all'uscita dalla comunità, promuovere formule residenziali che consentano al paziente con DUO di iniziare a muovere "i primi passi" all'esterno mantenendo l'appoggio della comunità terapeutica.

Farmaci long acting

13. Dal punto di vista della sicurezza clinica, le formulazioni di buprenorfina *long acting* hanno un impatto rilevante sulla riduzione del misuse e della diversione. Possono inoltre rappresentare un'opzione terapeutica efficace per la riduzione del rischio di *overdose* in pazienti con DUO, soprattutto dopo la scarcerazione e al termine di programmi riabilitativi comunitari.
14. Dal punto di vista dell'efficacia, il successo clinico delle formulazioni di buprenorfina *long acting* è legato alla certezza dell'assunzione della dose prescritta, alla maggiore stabilità dei livelli ematici di buprenorfina e alla documentata maggiore ritenzione in trattamento.
15. L'innovazione tecnologica dei farmaci *long acting* promuove il benessere del paziente e ne favorisce la *compliance*, facilitandone il reinserimento sociale, migliorandone la qualità della vita, e agendo in senso positivo anche sui processi organizzativi legati alla somministrazione dei farmaci.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”[®]

Anno XI, n. 41

MISSION n. 67

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Ad-dolorato, 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, Lilia-na Praticò, Sara Rosa, Valeria Zavan

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

📧 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

Disturbo da uso di alcol e terapie farmacologiche: a che punto siamo?

Marco Riglietta*

Articolo sottomesso: 19/08/2024, accettato: 23/09/2024

Introduzione

La relazione al parlamento del 2023 (1) mette in evidenza alcuni dati relativi al panorama del sistema di intervento dei servizi:

- il 31,4% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale;
- il 26,0% offre interventi di “counseling” rivolto all’utente o alla famiglia;
- il 15,9% offre un trattamento socio-riabilitativo;
- il 13,1% eroga trattamenti psicoterapeutici;
- solo il 3,4% dei pazienti viene gestito in condizione di ricovero (2,1% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate; in entrambi i casi la causa principale di ricovero e rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol);
- il 3,2% dei pazienti viene inserito nei gruppi di auto/mutuo aiuto;
- il 3,2% dei trattamenti vengono effettuati in strutture residenziali o semiresidenziali.

Questo panorama pone due domande essenziali:

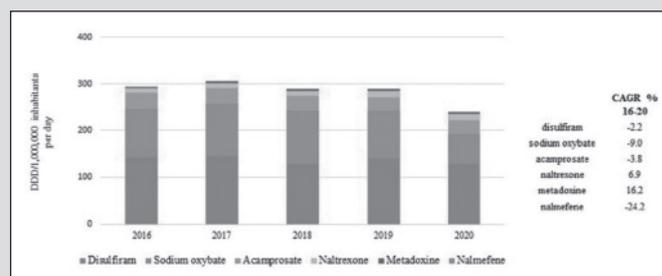
1. una patologia caratterizzata da eziologia e patogenesi complesse può avere una risposta di trattamento uni-

voca (Farmacologica, Psicoterapeutica, Socio-Riabilitativa)?

2. perché il consumo di farmaci è così basso in un settore dove abbiamo la disponibilità di ben 5 farmaci autorizzati con indicazione specifica per il trattamento dell’alcol dipendenza quali disulfiram, naltrexone, sodio oxibato, acamprosato (rimborsabili dal SSN) e nalmefene (non rimborsato) (2).

Dall’analisi delle relazioni al parlamento vediamo come in Italia il trattamento farmacologico interessa solo il 30% dei pazienti con una variazione in 5 anni infinitesimale (anno 2017 30, 1%, anno 2021 31,4%).

Un’analisi recente (3) ha evidenziato come nel quinquennio 2016-2020 si è assistito ad una riduzione del consumo di farmaci specifici per l’alcol dipendenza (ad eccezione del naltrexone) con un incremento di metadoxil, generica molecola di dubbia efficacia.



Fortinguerra et al., *Front. Public Health*, 15 February 2023.

* Direttore, SC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo..

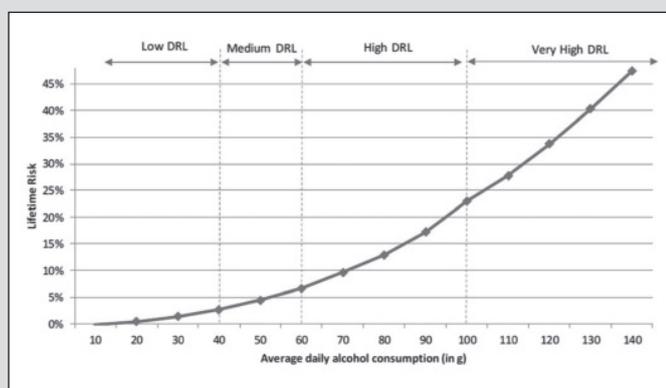
I limiti nella diagnosi e nella valutazione del rischio correlato all'assunzione

Il concetto di consumo a rischio è uno degli indicatori che devono essere considerati nel percorso di valutazione multidimensionale.

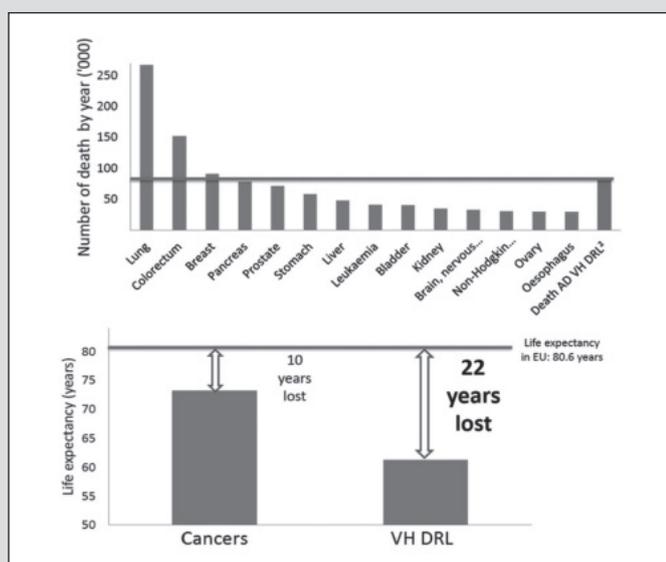
Se il DSM ci illustra efficacemente i criteri associati ad un disturbo di addiction, ha però il limite di non classificare molti pazienti che hanno un consumo a rischio molto elevato senza che questo corrisponda ad un disturbo da uso di alcol grave; d'altra parte altre persone hanno un Disturbo da uso di alcol grave senza avere un consumo a rischio molto elevato.

Il concetto di consumo a rischio fa riferimento al rapporto fra consumo medio giornaliero di alcol e associato rischio lifetime di morte alcol correlata per genere (4).

La tabella sottostante evidenzia molto efficacemente come il rischio di mortalità alcol correlata sia rappresentata da una curva esponenziale secondo la quale sopra i 60gr/die la mortalità si impenna bruscamente; dall'altra parte è interessante come, secondo una concezione più attuale, non esista un consumo di alcol senza rischio.



Nei grafici sottostanti, quello superiore riporta il numero di morti/anno in Europa per differenti tipologie di cancro comparati ai 90.000 morti per consumo di alcol alto rischio. Il grafico inferiore riporta la perdita di anni di vita media per la patologia tumorale e per il consumo di alcol ad alto rischio (4).



OMS e Drinking Risk Level: rischio stratificato per sesso e quantità

L'OMS in una pubblicazione del 2000 (5) riporta la classificazione del rischio stratificato per sesso e quantità di alcol consumata; appare evidente come non esista un consumo di alcol esente da un rischio per la salute ma, d'altra parte, come sia indispensabile graduare il rischio raccogliendo il dato anamnestico e non generalizzando il consumo specificando, al limite, gli episodi di "binge drinking".

Livello di rischio	Uomo gr/die	Donna gr/die
Basso	< 40	< 20
Medio	40-60	20-40
Alto	60-80	40-60
Molto alto	> 100	> 60

Anche l'analisi della letteratura evidenzia come, molto spesso, la valutazione del rischio correlato alla quantità di alcol assunto non viene sufficientemente indagato; si considera la classificazione definita dai criteri DSM nel Disturbo da uso di alcol che prevede una graduazione della gravità ma questo non appare sufficiente.

Qui vengono riportati alcuni grossi studi clinici o epidemiologici che evidenziano come, quando indagato, i cluster di popolazione possano essere molto diversi:

- *Van den Brink et al. 2014*: in un grosso trial che recluta pazienti con disturbo da uso di alcol la proporzione di soggetti con VH DRL era 21.7% (6).
- *Witkiewitz et al. 2017*: studio COMBINE 59% avevano VH DRL (7).
- *Hasin et al. 2017*: studio di coorte di popolazione su 22 005 consumatori di alcol, 24% di coloro che risultavano con un DUA avevano un consumo a rischio molto elevato (VH DRL) (8).
- *Rehm et al. 2018*: popolazione generale stima nel 25% la proporzione dei bevitori a rischio molto elevato nella popolazione con un DUA (4).

Obiettivi del trattamento

Obiettivo astensione: questo sembra essere a volte l'unico obiettivo che realmente viene perseguito dagli operatori, dai familiari e dagli stessi pazienti.

Eppure alcune fra le più accreditate organizzazioni scientifiche come lo US National Institute on alcohol abuse and alcoholism, o il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hanno più volte sottolineato il concetto della necessità di diversificare gli obiettivi e la loro temporalità; tutti concordano sulla necessità di mantenere l'aggancio con i pazienti e, di conseguenza, sull'importanza della condivisione degli obiettivi di cura.

L'astensione dall'alcol è evidente che possa rappresentare un obiettivo importante di salute dato che non esiste un consumo di alcol non a rischio.

“Se qualcuno ha sviluppato una dipendenza l’obiettivo più salutare è l’astensione e questa dovrebbe essere usualmente raccomandata”.

Ma si dice anche che è meglio determinare obiettivi individuali per ciascun paziente.

Alcuni pazienti non vogliono o non sono in grado di raggiungere l’obiettivo astensione, soprattutto all’inizio della presa in carico.

Se il paziente è d’accordo nel raggiungere una sostanziale riduzione del consumo, è meglio ingaggiarlo su questo obiettivo (9).

È altrettanto vero che molte persone in particolare quelle con gravi comorbidità hanno spesso un drop out elevato.

La risposta comune è quella di offrire un approccio residenziale riabilitativo.

Comunque, gli studi che evidenziano l’efficacia di questo tipo di trattamento sono incerti (10).

Le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sottolineano l’importanza di condividere gli obiettivi di trattamento con il paziente

L’astinenza è un obiettivo appropriato per la maggior parte delle persone con dipendenza da alcol ma “... *non si rifiuta un trattamento se il paziente non condivide l’obiettivo dell’astinenza...*”.

Si riportano, per comodità, alcuni statement delle stesse linee guida:

1.2.2.2 *Per il consumo ad alto rischio o la dipendenza lieve, senza significative comorbidità, considerate il consumo a rischio moderato un obiettivo significativo.*

1.2.2.3 *Per le persone con una dipendenza grave o per i pazienti con comorbidità psichiatrica che abusano di alcol, se non disponibili ad un obiettivo di astinenza, va considerato un programma di riduzione del danno (10).*

Il concetto essenziale che emerge da questi documenti è quello che i servizi devono incoraggiare l’astinenza ma non a scapito del drop out dei pazienti.

In questa logica si muove anche l’agenzia europea per i medicinali (EMA) che nel 2010, ha pubblicato una linea guida per lo sviluppo di farmaci per il trattamento dei pazienti con disturbo da uso di alcol che accetta la riduzione del consumo di alcol come obiettivo dei trial (11).

In modo simile il bere a basso rischio è stato accettato dalla US Federal Drug Administration (FDA) (12).

Se questi sono concetti generali che dovrebbero guidare la mano dei clinici, affronto alcune questioni che riguardano il trattamento di alcune fasi specifiche.

La Sindrome da Astinenza Acuta

La sindrome da astinenza acuta da alcol è un evento clinico di grande rilevanza che dev’essere valutato e gestito con molta attenzione.

Fra gli strumenti di valutazione codificati, il più famoso ed utilizzato è il Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) (13).

Symptoms	Range of scores
Nausea or vomiting	0 (no nausea, no vomiting): 7 (constant nausea and/or vomiting)
Tremor	0 (no tremor): 7 (severe tremors, even with arms not extended)
Paroxysmal sweats	0 (no sweat visible): 7 (drenching sweats)
Anxiety	0 (no anxiety, at ease): 7 (acute panic states)
Agitation	0 (normal activity): 7 (constantly thrashes about)
Tactile disturbances	0 (none): 7 (continuous hallucinations)
Auditory disturbances	0 (not present): 7 (continuous hallucinations)
Visual disturbances	0 (not present): 7 (continuous hallucinations)
Headache	0 (not present): 7 (extremely severe)
Orientation/clouding of sensorium	0 (orientated, can do serial additions): 4 (disorientated for place and/or person)

< 8 astinenza lieve

8-15 astinenza moderata

> 15 astinenza grave

In particolare, il Delirium Tremens (DTs), la forma più severa di sindrome d’astinenza acuta da alcol, è una condizione clinica caratterizzata da disturbo cognitivo e dell’attenzione ad insorgenza rapida e fluttuante, talvolta caratterizzata da allucinazioni.

Fino a qualche anno fa, la mortalità per DTs era del 5-15% (ipertermia, aritmie, collasso cardiocircolatorio).

Dopo l’avvento dei farmaci specifici, la mortalità si è ridotta a non più dell’1%.

Le benzodiazepine sono il “gold standard” per il trattamento della sindrome di astinenza alcolica ed in particolare del delirium Tremens (Grado A1).

In alternativa alle BDZ, sodio oxibato, clometiazolo e tiapride approvati in alcuni Paesi Europei per il trattamento della sindrome di astinenza alcolica possono essere impiegati per il trattamento di una AWS moderata (Grado A1).

Gli agonisti alfa-2, betabloccanti, neurolettici e anticovulsivanti possono essere utilizzati in associazione alle BDZ quando le BDZ non risolvono completamente specifici sintomi persistenti di AWS e le forme refrattarie di convulsioni nel corso di AWS (Grado A1) (15).

Nella prescrizione dei farmaci, il medico deve tenere in considerazione, oltre alle indicazioni che emergono dalla letteratura scientifica sull’argomento, diverse questioni: le indicazioni specifiche del farmaco, la presenza di controindicazioni assolute o relative, le precauzioni d’uso.

Proviamo ad analizzare le schede tecniche delle benzodiazepine e del sodio oxibato.

Sodio Oxibato

- Dosaggio 50-100 mg/kg in 3-6 somministrazioni.
- Classe H.
- Prescrivibile in ambiente ospedaliero o da specialisti.

Indicazioni

- Efficace nel ridurre la sindrome da astinenza etilica con maggiore rapidità di azione rispetto alle BDZ relativamente ad alcuni sintomi (ansia, agitazione e depressione).

- Elettivo nei pz con comorbilità importanti (epatopatie e cirrosi, diabete, nei pz con patologie neurologiche acquisite o congenite e in caso di reazioni paradose alle BDZ).

Controindicazioni

- Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.
- Pazienti con depressione maggiore.
- Pazienti con deficit della semialdeide succinico deidrogenasi.
- Pazienti in trattamento con oppioidi o barbiturici.

Benzodiazepine

Benzodiazepine a lunga durata d'azione

- Clordiazepossido 50 mg x 4/die p.o.
- Diazepam 10-20 mg x 4/die p.o.

Indicazioni

- Ansia, tensione ed altre manifestazioni somatiche o psichiatriche associate con sindrome ansiosa. Insonnia.
- Le benzodiazepine sono indicate soltanto quando il disturbo è grave, disabilitante e sottopone il soggetto a grave disagio e solo per un trattamento a breve termine.

Controindicazioni

- Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti:
 - miastenia gravis;
 - ipersensibilità alle benzodiazepine;
 - grave insufficienza respiratoria;
 - sindrome da apnea notturna;
 - grave insufficienza epatica;
 - glaucoma ad angolo stretto;
 - durante la gravidanza e l'allattamento.

Precauzioni d'uso per sodio oxibato

- Depressione respiratoria in associazione con alcol o BDZ o altri farmaci depressori (non raccomandato); segnalazione di depressione respiratoria in soggetti che avevano usato un dosaggio 4 volte superiore all'indicato.
- Abuso/dipendenza: questione controversa (solo dati americani) per sodio oxibato utilizzato non in terapia dell'alcol dipendenza ma come sostanza d'abuso nei contesti del fitness (aumento della massa muscolare).
- Pazienti con porfiria: il sodio oxibato è considerato pericoloso nei pazienti con porfiria poiché ha dimostrato di essere porfirogenico in animali o in sistemi in vitro.
- Anziani: l'esperienza nell'uso di sodio oxibato negli anziani è molto limitata. Pertanto, durante l'assunzione di sodio oxibato, i pazienti anziani devono essere sottoposti ad un attento controllo per rilevare una compromissione della funzionalità motoria e/o cognitiva.
- Gravidanza: studi sugli animali non hanno dimostrato alcuna evidenza di teratogenicità ma è stata osservata mortalità embrionale in studi sia nei ratti sia nei conigli. Dati provenienti da un numero limitato di donne in gravidanza esposte durante il primo trimestre, indicano un possibile aumento del rischio di aborto spontaneo. Ad oggi, non sono disponibili altri dati epidemiologici rilevanti. Dati limitati provenienti da pazienti durante il secondo e il terzo trimestre di gravidanza non hanno

evidenziato alcuna malformazione o tossicità fetale/neonatale da sodio oxibato. Il sodio oxibato non è raccomandato durante la gravidanza.

- Allattamento: non è noto se il sodio oxibato e/o i suoi metaboliti vengano escreti nel latte materno. L'allattamento al seno non è raccomandato durante il trattamento con il sodio oxibato.
- Fertilità: non ci sono dati clinici disponibili sull'effetto del sodio oxibato sulla fertilità. Studi effettuati in ratti maschi e femmine a dosi fino a 1000 mg/kg/die di GHB non hanno dimostrato evidenza di eventi avversi sulla fertilità.

Precauzioni d'uso per benzodiazepine

Precauzioni d'uso BDZ

- **Rischio da uso concomitante di oppioidi:**
 - L'uso concomitante di Lorazepam e oppioidi può causare sedazione, depressione respiratoria, coma e morte. A causa di questi rischi, la prescrizione concomitante di medicinali sedativi come benzodiazepine o farmaci correlati come Lorazepam con oppioidi deve essere riservata ai pazienti per i quali non sono possibili opzioni di trattamento alternative.
 - Se viene presa la decisione di prescrivere Lorazepam in concomitanza con gli oppioidi, deve essere usata la dose efficace più bassa e la durata del trattamento deve essere la più breve possibile (vedere paragrafo 4.2 per le raccomandazioni generali sul dosaggio).
 - I pazienti devono essere seguiti attentamente per segni e sintomi di depressione respiratoria e sedazione. A tale riguardo, si raccomanda vivamente di informare i pazienti e coloro che li assistono (ove applicabile) per renderli consapevoli di questi sintomi (vedere paragrafo 4.5).
 - L'uso di benzodiazepine, incluso Lorazepam, può portare a depressione respiratoria potenzialmente fatale.
 - Gravi reazioni anafilattiche/anafilattoidi sono state riportate con l'uso delle benzodiazepine. Casi di angioedema riguardanti la lingua, la glottide o la laringe sono stati riportati in pazienti dopo aver assunto la prima dose o dosi successive di benzodiazepine. Alcuni pazienti che assumevano benzodiazepine hanno avuto sintomi addizionali come dispnea, chiusura della gola o nausea e vomito. Alcuni pazienti hanno avuto necessità di terapie al pronto soccorso. Se l'angioedema riguarda la lingua, la glottide o la laringe, si può verificare ostruzione delle vie respiratorie che potrebbe essere fatale.
 - I pazienti che sviluppano angioedema dopo trattamento con le benzodiazepine non devono essere trattati nuovamente con il farmaco.
 - Si consiglia di controllare periodicamente la necessità di continuare la terapia con Lorazepam. Come per le altre benzodiazepine il trattamento dei sintomi ansiosi dovrebbe essere di breve durata. Inoltre, nelle condizioni in cui si verificano ansia e tensioni associate a fenomeni contingenti della vita giornaliera non è necessario normalmente ricorrere all'uso di ansiolitici.
 - L'uso in soggetti predisposti alla dipendenza quali, per esempio, alcoolisti e farmacodipendenti, dovrebbe

be essere evitato del tutto, se possibile a causa della predisposizione di tali pazienti alla abitudine e alla dipendenza.

- Lorazepam non è destinato al trattamento di disturbi depressivi primari o nel trattamento primario della psicosi.
 - Lorazepam gocce orali contiene il 70% vol di etanolo (alcol), fino a 284 mg per dose, equivalente a 7 ml di birra o 3 ml di vino per dose.
 - Può essere dannoso per gli alcolisti.
 - Da tenere in considerazione nelle donne in gravidanza o in allattamento, nei bambini e nei gruppi ad alto rischio come le persone affette da patologie epatiche o epilessia.
 - Per chi svolge attività sportiva, l'uso di medicinali contenenti alcool etilico (etanolo) può determinare positività ai test antidoping in rapporto ai limiti di concentrazione alcolemica indicata da alcune federazioni sportive.
- **Tolleranza:**
 - Una certa perdita di efficacia agli effetti ipnotici delle benzodiazepine può svilupparsi dopo un uso ripetuto per alcune settimane.
 - I pazienti dovrebbero essere avvisati che in concomitanza del trattamento con benzodiazepine la tolleranza per alcol e altri farmaci che deprimono il sistema nervoso centrale può diminuire, e che quindi queste sostanze dovrebbero essere evitate o ridotte.
 - **Dipendenza-Astinenza-sindrome da interruzione improvvisa del trattamento:**
 - L'uso di benzodiazepine può condurre allo sviluppo di dipendenza fisica e psichica da questi farmaci. Il rischio di dipendenza aumenta con la dose e la durata del trattamento; esso è maggiore in pazienti con storia di abuso di droga, farmaci, alcool o con marcati disturbi della personalità. La possibilità di dipendenza è ridotta quando Lorazepam è usato nella dose appropriata con un trattamento a breve termine, mentre aumenta con l'uso di dosi maggiori e per periodi più lunghi. In generale le benzodiazepine devono essere prescritte solo per periodi brevi (2-4 settimane). L'uso continuo a lungo termine non è raccomandato.
 - Sintomi da astinenza (p. es. insonnia di rimbalzo) possono manifestarsi in seguito alla sospensione del dosaggio consigliato dopo una sola settimana di terapia. La brusca sospensione del trattamento deve essere evitata ed un esteso periodo di terapia deve essere seguito da un programma di graduale riduzione del dosaggio.
 - Una volta che la dipendenza fisica si è sviluppata, il termine brusco del trattamento sarà accompagnato dai sintomi da astinenza. Questi possono consistere in cefalea, dolori muscolari, ansia estrema, tensione, irrequietezza, confusione, irritabilità, fenomeni di rimbalzo, disforia, capogiri, nausea, diarrea, perdita di appetito. Nei casi gravi possono manifestarsi i seguenti sintomi: derealizzazione, depersonalizzazione, iperacusia, intorpidimento e formicolio delle estremità, ipersensibilità alla luce, al rumore e al contatto

fisico, allucinazioni/delirio, scosse epilettiche o convulsioni. Le convulsioni/crisi epilettiche possono verificarsi più comunemente in pazienti con preesistenti disturbi di natura epilettica oppure che fanno uso di altri farmaci che abbassano la soglia convulsiva quali gli antidepressivi.

- Altri sintomi sono: depressione, insonnia, sudorazione, tinnito persistente, movimenti involontari, vomito, parestesia, alterazioni percettive, crampi addominali e muscolari, tremore, mialgia, agitazione, palpitazioni, tachicardia, attacchi di panico, vertigini, iperreflessia, perdita della memoria a breve termine, ipertermia.
 - Insonnia ed ansia di rimbalzo: all'interruzione del trattamento può presentarsi una sindrome transitoria in cui i sintomi che hanno condotto al trattamento con benzodiazepine ricorrono in forma aggravata. Può essere accompagnata da altre reazioni, compresi cambiamenti di umore, ansia, irrequietezza o disturbi del sonno.
 - Sintomi da sospensione, specialmente i più gravi, sono più comuni in quei pazienti che hanno ricevuto dosi eccessive per un lungo periodo di tempo, essi possono però verificarsi anche dopo sospensione di benzodiazepine prese di continuo a dosaggi terapeutici, specie se la sospensione avviene in modo brusco.
 - Poiché il rischio di sintomi da astinenza o da rimbalzo è maggiore dopo la sospensione brusca del trattamento, si suggerisce di effettuare una diminuzione graduale del dosaggio.
 - Il paziente deve essere consigliato di consultare il proprio medico sia prima di aumentare o diminuire la dose di farmaco, che prima di sospenderlo.
 - Ci sono evidenze di sviluppo di tolleranza agli effetti sedativi delle benzodiazepine.
 - Lorazepam può dare potenziale abuso specialmente in pazienti con storia di abuso di droga e/o alcool.
- **Durata del trattamento:**
 - La durata del trattamento deve essere la più breve possibile (vedere paragrafo 4.2) a seconda dell'indicazione, ma non deve superare le quattro settimane per l'insonnia ed otto-dodici settimane nel caso dell'ansia, compreso un periodo di sospensione graduale. L'estensione della terapia oltre questi periodi non deve avvenire senza rivalutazione della situazione clinica. Può essere utile informare il paziente quando il trattamento è iniziato che esso sarà di durata limitata e spiegare precisamente come il dosaggio deve essere diminuito progressivamente.
 - Inoltre, è importante che il paziente sia informato della possibilità di fenomeni di rimbalzo, minimizzando quindi l'ansia riguardo a tali sintomi se dovessero accadere alla sospensione del medicinale.
 - **Amnesia:**
 - Le benzodiazepine possono indurre amnesia anterograda o disturbi della memoria. Ciò accade più spesso parecchie ore dopo l'ingestione del farmaco e, quindi, per ridurre il rischio ci si deve accertare che i pazienti possano avere un sonno ininterrotto di 7-8 ore (vedere paragrafo 4.8).

- *Reazioni psichiatriche e paradosse:*
 - Con l'uso di benzodiazepine sono state occasionalmente riportate reazioni paradosse come irrequietezza, agitazione, irritabilità, aggressività, delusione, collera, incubi, allucinazioni, psicosi, alterazioni del comportamento, stati d'ansia, ostilità, eccitazione, disturbi del sonno/insonnia, eccitazione sessuale, sedazione, affaticamento, sonnolenza, atassia, confusione, depressione, smascheramento di depressione, capogiri, cambiamenti nella libido, impotenza, diminuzione dell'orgasmo. Se ciò dovesse avvenire, l'uso del medicinale deve essere sospeso. Tali reazioni sono più frequenti nei bambini e negli anziani.
 - Ansia e insonnia possono essere sintomi di varie altre patologie. Quindi dovrebbe essere preso in considerazione che tali disturbi potrebbero essere dovuti a sottostanti patologie fisiche o psichiatriche.
 - *Gruppi specifici di pazienti:*
 - Non è stata stabilita l'efficacia e la sicurezza d'impiego nei bambini sotto i 12 anni di età.
 - Le benzodiazepine non devono essere date ai bambini senza valutazione attenta dell'effettiva necessità del trattamento; la durata del trattamento deve essere la più breve possibile.
 - Per la reattività molto variabile agli psicofarmaci, i pazienti anziani o debilitati e quelli con modificazioni organiche cerebrali (specie arteriosclerotiche) devono essere trattati con bassi dosaggi (vedere paragrafo 4.2) o non essere trattati affatto. I pazienti anziani o debilitati possono essere più suscettibili agli effetti di Lorazepam, pertanto tali pazienti devono essere monitorati frequentemente ed il loro dosaggio attentamente adattato a seconda della risposta del paziente. A causa del rischio di depressione respiratoria, le stesse misure prudenziali devono essere adottate per i pazienti con insufficienza cardiaca, bassa pressione arteriosa, funzione respiratoria compromessa, insufficienza respiratoria cronica, COPD (ostruzione polmonare cronica), sindrome da apnea notturna. Tali pazienti devono essere sottoposti a regolari controlli durante la terapia con Lorazepam (così come è consigliato con le altre benzodiazepine e gli altri agenti psicofarmacologici). Sebbene l'ipotensione arteriosa sia un evento raro, le benzodiazepine dovrebbero essere assunte con cautela nei pazienti in cui cadute improvvise della pressione sanguigna potrebbero avere complicanze cardiovascolari o cerebrovascolari.
 - Le benzodiazepine non sono indicate nei pazienti con grave insufficienza epatica, in quanto possono precipitare l'encefalopatia. Lorazepam non deve essere usato nei pazienti con grave insufficienza epatica e/o encefalopatia in quanto, come tutte le benzodiazepine, può precipitare l'encefalopatia epatica.
 - Le benzodiazepine non sono indicate per il trattamento primario della malattia psicotica. Le benzodiazepine non devono essere usate da sole per trattare la depressione o l'ansia connessa con la depressione (il suicidio può essere precipitato in tali pazienti); in tali pazienti va evitata la somministrazione di elevate quantità di Lorazepam.
 - Una depressione preesistente può emergere o peggiorare durante l'uso di benzodiazepine, incluso Lorazepam. L'uso di benzodiazepine può smascherare la tendenza al suicidio in pazienti depressi ed esse non devono essere somministrate senza un'adeguata terapia antidepressiva.
 - Le benzodiazepine devono essere usate con attenzione estrema in pazienti con una storia di abuso di droga o alcool.
 - Lorazepam deve essere usato con cautela nei pazienti con grave insufficienza epatica e/o encefalopatia in quanto, come tutte le benzodiazepine, può precipitare l'encefalopatia epatica.
 - In corso di trattamento prolungato o nel trattamento di pazienti con insufficienza renale o epatica è consigliabile procedere a frequenti controlli del quadro ematico e della funzione renale e/o epatica.
 - In pazienti con insufficienza renale o epatica il dosaggio deve essere attentamente adattato secondo la risposta del paziente.
 - In pazienti, nei quali disturbi gastrointestinali o cardiovascolari coesistono con l'ansia, va notato che Lorazepam non ha mostrato benefici significativi nel trattamento della componente gastrointestinale o cardiovascolare.
- *Pazienti anziani*
 - Il Lorazepam deve essere usato con cautela negli anziani a causa del rischio di sedazione e/o debolezza muscoloscheletrica che può aumentare il rischio di cadute, con gravi conseguenze in questa popolazione. Ai pazienti anziani deve essere somministrata una dose ridotta (vedere paragrafo 4.2 Posologia).
 - Dilatazione dell'esofago è stata osservata in ratti trattati con Lorazepam per più di un anno con un dosaggio di 6 mg/kg/die. La dose, alla quale tale effetto non si è verificato era di 1,25 mg/kg/die (circa 6 volte la dose terapeutica massima nell'uomo, che è di 10 mg/die).
 - L'effetto era reversibile solo se il trattamento veniva sospeso entro 2 mesi dalla prima osservazione del fenomeno. Il significato clinico di questo non è conosciuto. Comunque l'uso di Lorazepam per periodi prolungati e in pazienti geriatriche richiede precauzione e devono essere effettuati frequenti controlli dei sintomi riguardanti disturbi del tratto gastrointestinale superiore.
 - Le compresse contengono lattosio quindi non adatte per i soggetti con deficit di lattasi, galattosemia o sindrome da malassorbimento di glucosio/galattosio.
 - Lorazepam gocce orali contiene etanolo (alcool), vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego.
- Volutamente ho riportato le precauzioni d'uso riportate in scheda tecnica con lo stesso carattere grafico, in modo da evidenziare la differenza fra i due farmaci: se faccio un'analisi delle precauzioni d'uso dei due farmaci la risposta a quale sia di prima scelta appare scontato. Altro elemento da considerare riguarda la sicurezza prescrittiva ed in particolare le interazioni con altri farmaci,

elemento estremamente importante da verificare stante la complessità della nostra patologia e la frequenza elevata di una prescrizione poli farmacologica significativa.

La prima banca dati utilizzata è rappresentata dal prontuario terapeutico di CODIFA (2).

In questo database vengono evidenziate il numero di interazioni, differenziando quelle clinicamente rilevanti e

quelle rilevanti ma gestibili con un adeguamento del dosaggio.

Nella tabella sottostante, oltre al confronto fra sodio oxibato e diazepam, preso come capostipite della categoria delle benzodiazepine, è volutamente riportato uno dei farmaci più utilizzati nel trattamento dell'ipertensione primitiva spesso prescritto quoad vitam.

Farmaco	Interazioni	Interazioni clinicamente rilevanti	Iterazione rilevante gestibile con adeguamento del dosaggio
Sodio Oxibato	0	0	0
Diazepam	87	8*	28
Ramipril	187	7	131

Nonostante la differenza sostanziale nessun medico si preoccuperebbe di prescrivere il Ramipril ad un paziente iperteso mentre lo specialista "alcologo" è "titubante" nella prescrizione di Sodio Oxibato.

Il secondo database utilizzato è INTERCheck Web, un sistema di supporto alle prescrizioni sviluppato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS con l'obiettivo di bilanciare rischi e benefici di una terapia particolarmente adatto a valutare le terapie complesse.

Questo database identifica il numero complessivo di interazioni dividendole in:

- Gravi (Controindicata o Molto Grave): interazione associata ad un evento grave per la quale è opportuno evitare

la cosomministrazione o instaurare un attento monitoraggio.

- (Maggiore): interazione associata ad un evento grave, ma che può essere gestito (es aggiustando la dose).
- (Moderata): interazione associata ad un evento incerto o variabile.
- (Minore): interazione non rilevante dal punto di vista clinico.

La tabella sottostante riporta il confronto fra Sodio Oxibato, Diazepam e Ramipril.

Farmaco	Interazioni	(D) Gravi	(C) Maggiori	(B) Moderata
Sodio Oxibato	52	31*	19	2
Diazepam	135	15**	33	84
Ramipril	138	6	50	74

* Le 31 reazioni gravi sono dovute all'associazione con 5 molecole diverse (Esketamina, BDZ, Topiramato, Gabapentin, Fenitoina)

** Le 15 reazioni gravi sono dovute a 12 molecole diverse

La sindrome di astinenza protratta

Nel 2010 Helig e collaboratori, iniziano a parlare di sindrome di astinenza protratta per indicare un complesso e prolungato neuroadattamento associato ad un correlato sintomatologico a sintomatologia costante (16).

Vengono così descritte tre fasi che hanno una successione ed una durata variabile:

Fase dell'astinenza acuta: uomo (48-72 ore); animali (24-48 ore).

Fase dell'astinenza precoce: uomo (3-6 settimane); animali (1-2 settimane).

Fase dell'astinenza protratta: uomo (> 3 mesi); animali (> 1 mesi).

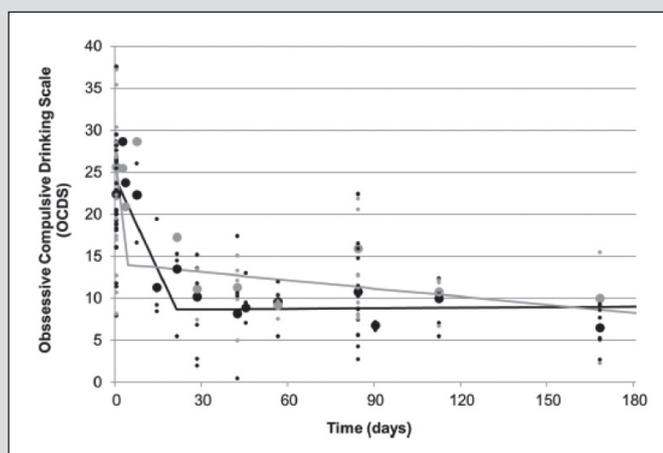
Se la definizione di astinenza protratta lascia perplessi alcuni, è fuori di dubbio che il funzionamento cerebrale, alla

sospensione dell'alcol, come per altro anche di tabacco e di altre sostanze psicoattive, si modifichi e questo processo di neuro-adattamento richiede tempi che possono variare moltissimo, essendo influenzati dall'assetto genetico, dal substrato neurologico, dalle modificazioni indotte dalle sostanze psicoattive, dal tempo di utilizzo, ecc.

Lo stesso *U.S. Department of Health and Human Service, in una pubblicazione del 2010 (14)* cita la sindrome d'astinenza protratta come elemento da approfondire nella gestione del trattamento.

Fra i sintomi correlati il craving rimane quello più difficilmente misurabile e analizzabile, ma è uno di quelli più studiati.

In questa pubblicazione di Gallus (18) si osserva l'andamento lineare per il craving misurato dalla Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) nel tempo, fino a sei mesi



di follow-up, in due gruppi di pazienti: la linea nera rappresenta i pazienti trattati con un farmaco, la linea grigia i non trattati o trattati con placebo. Emerge come dopo 6 mesi i pazienti NON TRATTATI raggiungano i valori di craving che i pazienti trattati farmacologicamente raggiungono dopo 21 giorni.

Le conclusioni dell'autore sono che il Craving persiste per molti mesi, che il trattamento farmacologico nell'approccio ai sintomi di astinenza protratta assicurano una più rapida riduzione dei sintomi (in particolare il craving) raggiungendo in tre settimane il risultato ottenuto dopo sei mesi senza trattamento farmacologico.

Conclusioni

Nonostante a disposizione degli "alcolisti" ci siano 5 molecole differenti approvate dalle agenzie governative l'utilizzo dei farmaci per il trattamento del disturbo da uso di alcol è ancora molto limitato.

L'osservazione è che il medico, e l'équipe complessivamente, considerino l'astinenza come l'unico obiettivo da raggiungere e siano ancora alla ricerca di quell'approccio risolutivo, sia esso farmacologico, psicoterapico, riabilitativo.

In qualche modo siamo rimasti alla battaglia epica fra il farmaco e il colloquio, la battaglia fra l'approccio riduzionista della medicina occidentale (sintomo/farmaco, patologia/farmaco) e un generico approccio olistico che prevede la parola come unico strumento terapeutico.

Nella clinica quotidiana siamo ancora lontani da quanto la ricerca neurobiologica e neuropsicologica abbia evidenziato sui meccanismi del funzionamento cerebrale e di come questi siano influenzati dalle afferenze sensitive complessive.

Sapere quali obiettivi posso raggiungere con un farmaco, utilizzarlo correttamente, misurare il risultato della prescrizione in termini di miglioramento dei parametri influenzabili da quel farmaco dovrebbe guidare l'azione terapeutica e quella prescrittiva.

Riferimenti bibliografici

1. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n.*

125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" anno 2023. www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3459_allegato.pdf.

2. *Codifica L'informatore Farmaceutico 2024* – www.codifa.it.
3. Fortinguerra *et al.* (2023). The use of medications approved for alcohol use disorders in Italy. *Front. Public Health*, 15 February. Doi: 10.3389/fpubh.2023.1110435.
4. Rehm J. *et al.* (2018). Alcohol dependence and very high-risk level of alcohol consumption: a life-threatening and debilitating disease. *Addict Biol*, Jul, 23(4): 961-968 doi: 10.1111/adb.12646.
5. *World Health Organization (WHO) (2000) International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
6. van den Brink W. *et al.* (2014). Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: A 1-year, randomised controlled study, *J Psychopharmacol*, Aug, 28(8): 733-44. doi: 10.1177/0269881114527362.
7. Witkiewitz K. *et al.* (2017). Clinical Validation of Reduced Alcohol Consumption After Treatment for Alcohol Dependence Using the World Health Organization Risk Drinking Levels. *Alcohol Clin Exp Res*, Jan, 41(1): 179-186. doi: 10.1111/acer.13272. Epub 2016 Dec 26.
8. Hasin D.S. *et al.* (2017). Change in non-abstinent WHO drinking risk levels and alcohol dependence: a 3 year follow-up study in the US general population. *Lancet Psychiatry*, Jun, 4(6): 469-476. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30130-X. Epub 2017 Apr 26.
9. *Helping people who drink too much - A clinician guide* - US National Institute on alcohol abuse and alcoholism – 2005.
10. *Alcohol Use Disorder; diagnosis assessment and management of harmful drinking (high risk drinking) and alcohol dependence* - Clinical guideline. Published: 23 February 2011. Last updated: 21 October 2014 – National Institute for health and care excellence (NICE).
11. European Medicines Agency (2010). *Guideline on the Development of Medicinal Products for the Treatment of Alcohol Dependence*. European Medicines Agency, London, UK.
12. Food and Drug Administration (2015). *Alcoholism: Developing Drugs for Treatment* (No. FDA D-0152-001). Food and Drug Administration, Silver Spring, MD.
13. Sullivan *et al.* (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*, Nov, 84(11): 1353-7. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x.
14. *Protracted Withdrawal* U.S. department of health and human services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment www.samhsa.gov, July 2010, 9(1).
15. Caputo F. *et al.* (2019). Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med*, Jan, 14(1): 143-160. doi: 10.1007/s11739-018-1933-8. Epub 2018 Sep 5.
16. Heilig M. *et al.* Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked?. *Addiction Biology*, 15: 169-184. doi: 10.1111/j.1369-1600.2009.00194.x.
17. Gallus S. *et al.* (2023). *Symptoms of Protracted Alcohol Withdrawal in Patients with Alcohol Use Disorder: A Comprehensive Systematic Review*, 21(2): 409-416. doi: 10.2174/1570159X20666220706105253.
18. *INTERCHECK Web* Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri IRCSS, <https://intercheckweb.marionegri.it>.

🔍 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

Guida in stato di ebbrezza tra i giovani. Un'indagine sulle motivazioni, sui fattori deterrenti e sul rischio percepito

Carlo Fusari*, Sara Rolando**

Articolo sottomesso: 16/07/2024, accettato: 23/09/2024

Introduzione

Il tema della guida in stato d'ebbrezza è presente nella letteratura scientifica e nei documenti istituzionali europei e internazionali sin dagli anni Sessanta. Uno studio realizzato su mandato della Commissione Europea nel 2014 ha stimato che circa un quarto degli incidenti fatali che avvengono ogni anno nei Paesi dell'Unione Europea è collegato al consumo di alcolici (Ecorys, 2014) e ancora oggi, a distanza di quasi dieci anni, l'OMS parla di percentuali simili per quanto riguarda i Paesi ad alto reddito, mentre per i Paesi a medio e basso reddito si stima che le percentuali siano ancora maggiori, dal 33% al 69% a seconda del Paese (WHO, 2022).

Una quantificazione effettiva a livello ufficiale in Italia risulta ad oggi complicata. L'ISTAT identifica circa il 10% dei sinistri rilevati come incidenti alcol-correlati, ma questo dato appare sottostimato se comparato con le ricerche nazionali e internazionali. Questa considerazione è esplicitata nella relazione 2022 del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001, n. 125 (la Legge quadro in materia di alcol in Italia), in cui si legge che "il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato" (Ministero della Salute, 2022).

Una spiegazione è stata elaborata dal gruppo di lavoro che ha collaborato alla stesura del *Libro Bianco* del 2022, redatto a seguito della Conferenza Nazionale Alcol del marzo 2022. In merito all'indisponibilità di dati precisi e attendibili sull'incidentalità correlata all'uso di alcol, il gruppo di lavoro ha individuato una serie di cause tra le quali: la mancata disponibilità di etilometri in certe circostanze, la non sistematica restituzione dei dati alle Forze dell'Ordine da parte delle strutture sanitarie preposte, la mancata verifica dell'informazione se non a seguito di ricorsi giudiziari, la diversità degli indicatori utilizzati nelle rilevazioni delle diverse Forze dell'Ordine coinvolte, la non sistematica rilevazione dell'alcolemia del guidatore in caso di decesso o ricovero d'urgenza, la rarità delle rilevazioni nel caso in cui un incidente non coinvolga terze persone (Libro Bianco, 2022). A tutto ciò si aggiunge il fatto che il dato ISTAT si basa soltanto sui sinistri verbalizzati dalle Forze

dell'Ordine, che insieme rappresentano meno del 40% degli incidenti totali che avvengono in Italia (Libro Bianco, 2022).

Oltre a ciò bisogna considerare che l'incidentalità descrive soltanto una parte del fenomeno, in quanto non tutti gli episodi di guida in stato di ebbrezza conducono automaticamente a un incidente. Una quantificazione effettiva e attendibile del fenomeno della guida in stato di ebbrezza in Italia al giorno d'oggi appare dunque ancora piuttosto complicata.

Le risposte che le istituzioni hanno messo in campo a livello internazionale sono state varie e differenti: dall'abbassamento del livello del tasso alcolemico consentito e l'aumento dei controlli in strada a risposte di carattere preventivo, come i percorsi di sensibilizzazione nelle scuole.

In parallelo, la comunità scientifica ha provato a comprendere questo fenomeno analizzandolo sotto diversi aspetti: indagandone le cause, valutando l'efficacia degli interventi in atto e cercando di individuare correlazioni utili a ideare interventi più mirati. In particolare, gli studi sulle motivazioni che spingono le persone a mettersi alla guida dopo aver bevuto costituiscono un filone di letteratura molto ricco che ha identificato un insieme di fattori che possono essere raggruppati in: fattori psicologici, influenze sociali e relazionali, variabili socio-demografiche e di contesto.

Il presente lavoro si basa in particolare sui seguenti riferimenti teorici:

- gli studi, afferenti alla sociologia del diritto, che hanno indagato la relazione tra la conoscenza e comprensione delle norme e la guida in stato di ebbrezza, basandosi sulle cosiddette teorie KOL - *Knowledge and Opinion about Law* (Podgórecki *et al.*, 1973; Alonso *et al.*, 2015; Beccaria *et al.*, 2019);
- le ricerche psicologiche che hanno provato a spiegare il fenomeno della guida in stato di ebbrezza attraverso la teoria del comportamento pianificato (TPB) di Ajzen (Cooke *et al.*, 2016);
- gli studi che hanno investigato il cosiddetto *optimistic bias* (Weinstein, 1980), ovvero la tendenza dell'essere umano a sovrastimare la possibilità di sperimentare in prima persona esperienze positive e sottostimare la possibilità di sperimentare esperienze negative (González-Iglesias *et al.*, 2015).

Inoltre sono stati considerati studi che hanno indagato la correlazione tra le diverse variabili della TPB, la guida in stato di ebbrezza e altri potenziali determinanti, di volta in volta differenti, come l'effetto deterrente dei controlli da parte delle Forze dell'Ordine (Meesmann *et al.*, 2015) o l'impulsività (Vankov and Schroeter, 2021), e studi che hanno provato a indagare il ruolo di fattori oggettivi come l'età, il genere, l'esperienza di guida pregressa, l'orario della giornata, ecc. e studiarne l'in-

* Pedagogista, Responsabile Area politiche giovanili e del territorio della Cooperativa Sociale AEPER, Bergamo.

** Sociologa (PhD), Responsabile settore ricerca Eclectica+ Impresa Sociale, Docente EMDAS, Torino.

terazione con i fattori soggettivi quali l'ebbrezza (Jie-Ling and Yuan-Chang, 2021; Vankov and Schroeter, 2021).

Sulla base di queste teorie di riferimento, lo studio che presentiamo si è posto l'obiettivo di indagare le motivazioni che spingono alla guida in stato di ebbrezza i giovani tra i 18 e i 30 anni in un contesto specifico, quello della provincia di Bergamo. Lo scopo più generale era quello di rilevare alcuni elementi utili alla comprensione del fenomeno e alla progettazione di interventi di prevenzione e limitazione dei rischi basati su messaggi specifici.

Metodologia

È stato predisposto un questionario online rivolto ai giovani di età compresa tra i 18 e i 30 anni residenti in provincia di Bergamo. Allo studio hanno preso parte 170 persone, raggiunte grazie alla diffusione sui social network nell'ambito del progetto di prevenzione e limitazione dei rischi "Goodnight", promosso dalla Cooperativa Sociale Aeper attraverso un finanziamento di Regione Lombardia e attivo in provincia di Bergamo. Il questionario, composto in parte da domande a risposta chiusa e in parte da domande aperte, è stato costruito a partire da modelli simili presenti in letteratura, in parte utilizzando scale già validate e in parte riadattando alcune domande al contesto specifico, al target individuato e alle finalità specifiche del presente studio.

Lo strumento finale comprende 42 domande raggruppate in 8 batterie, che coprono le seguenti aree di indagine:

- variabili socio-demografiche;
- abitudini di guida;
- conoscenza, percezione e opinioni sulle norme e sulle sanzioni;
- opinioni sull'efficacia delle misure punitive;
- atteggiamento individuale rispetto alla guida in stato di ebbrezza sotto effetto di alcol e norme sociali percepite;
- abitudini di consumo;
- abitudini rispetto alla guida sotto l'effetto di alcol (in veste di conducente), motivazioni e percezione di autocontrollo;
- abitudini rispetto alla guida sotto l'effetto di alcol (in veste di passeggero).

I dati sono trattati con l'ausilio del software per l'analisi statistica SPSS.

Risultati

Il questionario ha raggiunto un campione piuttosto eterogeneo dal punto di vista dell'età (età media 23,6 anni), del genere (47,1% maschi, 51,8% femmine) e della provenienza geografica (limitatamente ai Comuni della provincia di Bergamo).

Per quanto concerne il livello di istruzione, il 50,6% dei rispondenti ha completato la scuola secondaria di secondo grado, mentre il 40% ha un titolo di studio superiore (laurea o dottorato) e soltanto il 9,4% ha conseguito solo la licenza media.

Sono state raggiunte persone in possesso della patente B (84,1%) e della patente A/A1/A2 (27,6%), ma anche persone senza alcun tipo di patente (3,2%).

Dalle risposte sull'esperienza di guida e sulla percezione delle proprie abilità emergono i primi elementi rilevanti. Innanzitutto vi è un evidente squilibrio nell'autopercezione relativa alle proprie capacità di guida, in quanto i giovani che credono di guidare meglio degli altri (35,9%) sono molti di più di quelli che si riconoscono meno abili della media (6,4%).

Inoltre, se si incrocia questo dato con l'esperienza di guida si osserva che, diversamente da quanto ci si potrebbe aspettare, il numero di giovani che si definiscono molto più abili rispetto alla media è maggiore tra quelli che guidano da meno di un anno (11,8%) rispetto a coloro con un'esperienza di guida compresa tra un anno e 5 anni (4,4%) e a coloro che guidano da più di 5 anni (5,6%).

Indagando le abitudini di consumo degli intervistati emerge che l'80% consuma alcolici almeno una volta a settimana. Il 47,1% dice di non avere mai sperimentato il binge drinking, mentre il 44,4% dichiara di aver consumato più di 5 drink in una sola occasione almeno una volta nell'ultimo mese.

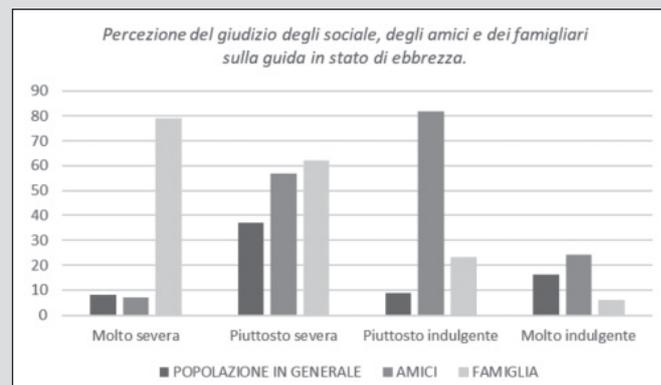
Le risposte sulla conoscenza delle leggi connesse alla guida in stato di ebbrezza restituiscono elementi altrettanto interessanti. La percentuale dei giovani che dichiarano di non conoscere il valore del tasso alcolemico massimo consentito dalla legge per guidare, sommata alla percentuale di coloro che indicano un valore errato, è pari al 30%. Parlando delle sanzioni, il livello di conoscenza si abbassa ulteriormente: in questo caso circa tre quarti dei rispondenti dichiara di conoscere le sanzioni previste per la guida in stato di ebbrezza, ma quando viene chiesto loro di selezionare quelle che rientrano tra le sanzioni effettivamente applicabili, l'unica che risulta nota quasi a tutti è la sospensione della patente (97%), mentre soltanto 7 su 10 (68,4%) hanno indicato l'ammenda in denaro, meno di 6 su 10 (58%) la sospensione del veicolo e poco più di 2 su 10 (23,9%) contemplan la possibilità dell'arresto. Incrociando questi dati, emerge che soltanto il 15,1% delle persone che dichiarano di essere a conoscenza delle sanzioni previste le conosce effettivamente tutte e quattro.

Le risposte relative ai controlli da parte delle Forze dell'Ordine restituiscono in generale l'inefficacia dell'attuale sistema di controllo come deterrente: la possibilità di subire un controllo in strada viene giudicata come poco probabile o molto improbabile dall'81,7% dei rispondenti ed effettivamente solo l'8,2% di loro ha subito un controllo almeno una volta nella vita.

Passando a osservare gli atteggiamenti nei confronti del comportamento sotto osservazione, la maggior parte degli intervistati esprime un giudizio severo sulla guida in stato di ebbrezza: il 97,1% la definisce un comportamento pericoloso e il 95,9% "sbagliato". Il 62,9% inoltre ritiene che le sanzioni previste dovrebbero essere più dure.

Per quanto riguarda la percezione delle norme sociali, la stragrande maggioranza dei rispondenti ritiene che la società in generale abbia una posizione piuttosto indulgente sul tema, in particolare quella degli amici rispetto a quella dei famigliari (grafico 1).

Graf. 1 - Percezione del giudizio degli altri sulla guida in stato di ebbrezza



Coerentemente con il fatto che la guida in stato di ebbrezza è ritenuta dalla maggior parte dei rispondenti un comportamento inaccettabile (il 97,1% lo definiva “pericoloso” e il 95,9% “sbagliato”), anche le motivazioni che possono spingere ad adottarlo sono valutate perlopiù come inaccettabili. Tuttavia ci sono situazioni in cui i giovani intervistati si sono detti più inclini o del tutto inclini ad accettare che una persona si metta alla guida in stato di ebbrezza sono quelle in cui:

- c'è una situazione di emergenza imprevista (45,3%);
- l'autista ha bevuto durante il pasto (39,4%);
- l'autista è la persona più sobria all'interno dell'auto (29,4%);
- la distanza per tornare a casa è breve (29,4%);
- non c'è altro modo di tornare a casa (25,9%).

Sono state considerate invece meno ammissibili o del tutto inammissibili le giustificazioni:

- l'autista è solo in auto (19,4%);
- l'autista si sente sobrio (16,4%);
- tutti i passeggeri hanno la cintura di sicurezza (14,7%);
- è giorno (8,9%).

Nonostante il giudizio uniformemente contrario alla guida in stato di ebbrezza, più della metà dei rispondenti (56%) dichiara di aver guidato almeno una volta nella vita sotto l'effetto di alcol. Incrociando questi dati con i giudizi prima forniti, si evince che il 95,8% di coloro che hanno guidato sotto l'effetto di alcol lo aveva definito un comportamento pericoloso e il 93,7% un comportamento sbagliato.

Incrociando lo stesso dato con le risposte sulle abitudini di consumo, la percentuale di persone che dichiarano di aver guidato almeno una volta in stato di ebbrezza è più alta tra chi è solito consumare alcolici più frequentemente e in quantità maggiori e tende a crescere in relazione al numero di drink consumati mediamente in una singola occasione.

Per quanto riguarda le motivazioni addotte dai giovani per giustificare l'adozione di questo comportamento a rischio, quella prevalente riguarda la necessità di tornare a casa in qualche modo (43,2%). Questo dato è molto interessante se si considera che la stessa motivazione veniva considerata un alibi inaccettabile in riferimento alle motivazioni di un ipotetico guidatore. Diversi rispondenti si attribuiscono poi la capacità di guidare anche se alterati (17,9%) o dichiarano di guidare perché convinti di trovarsi all'interno dei limiti legali (7,4%). Tra le altre giustificazioni fornite ci sono il dover percorrere una distanza ridotta (8,4%) o un tragitto poco trafficato (2,1%).

Particolarmente interessante è ciò che emerge quando ai rispondenti viene chiesto di stimare la probabilità di rimanere coinvolto in un incidente in caso di guida in stato di ebbrezza: riferendosi a un ipotetico guidatore, il 78,9% dei rispondenti definisce questa possibilità abbastanza probabile o molto improbabile, mentre quando la stessa domanda viene posta in relazione a se stessi la posizione è ribaltata, in quanto il 76,8% dei giovani considera questa possibilità poco probabile o molto improbabile.

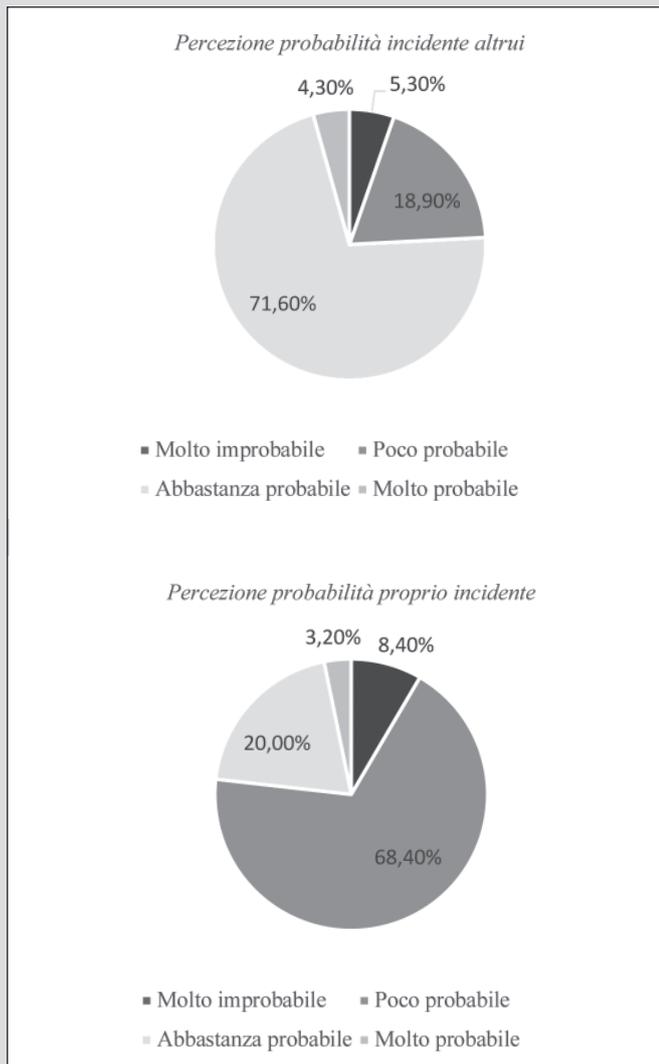
Tab. 1 - Tabella di contingenza tra la frequenza del consumo di alcolici e l'esperienza pregressa di guida in stato alterato

			Guida in stato alterato			Totale
			No	No (non guido)	Sì	
Frequenza consumo alcolici	Mai	N	12	0	1	13
		%	92,3%	0,0%	7,7%	100,0%
	Max 1 volta/mese	N	14	0	6	20
		%	70,0%	0,0%	30,0%	100,0%
	2-4 volte/mese	N	31	8	56	95
		%	32,6%	8,4%	58,9%	100,0%
	2-3 volte/settimana	N	8	2	29	39
		%	20,5%	5,1%	74,4%	100,0%
	4+ volte/settimana	N	0	0	3	3
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Tab. 2 - Tabella di contingenza tra il numero medio di drink assunti dagli intervistati nei giorni in cui bevono e l'esperienza pregressa di guida in stato alterato

			Guida in stato alterato			Totale
			No	No (non guido)	Sì	
Media drink al giorno	1 o 2	N	46	9	69	124
		%	37,1%	7,3%	55,6%	100,0%
	3 o 4	N	5	1	17	23
		%	21,7%	4,3%	73,9%	100,0%
	5 o 6	N	1	0	6	7
		%	14,3%	0,0%	85,7%	100,0%
	da 7 a 9	N	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Graff. 2 e 3 - Percezione della probabilità di incorrere in un incidente dopo aver consumato alcolici da parte di un'ipotetica persona terza (2) e in prima persona (3)



Per quanto riguarda, infine, le situazioni in cui i rispondenti hanno scelto di salire in auto con un autista che ha aveva consumato alcolici (85,9%), solo 65 rispondenti hanno fornito una spiegazione rispondendo a una apposita risposta aperta. Tra le motivazioni addotte, le più ricorrenti – (38 su 65) sono di carattere logistico (es. necessità di tornare a casa, impossibilità di trovare alternative).

Emergono poi alcune motivazioni (32/65) legate alla valutazione delle condizioni psicofisiche dell'autista da parte del passeggero. Rispetto a queste risposte, appare importante sottolineare come non in tutti i casi i rispondenti sembrano essersi accertati su cosa realmente l'autista avesse consumato e su quando l'avesse fatto. A tale proposito, vi è una risposta che colpisce particolarmente in quanto il rispondente afferma: “a parte che non vado a chiedere a una persona cosa abbia consumato”.

La conoscenza del guidatore sembra essere un fattore determinante: sono infatti 19/65 (29%) le risposte in cui ricorrono concetti come la conoscenza, la fiducia o il senso di sicurezza. In tre casi, i rispondenti hanno accompagnato alla conoscenza della persona anche la conoscenza di come questa sia in grado di reggere l'alcol.

Infine due giovani hanno fatto riferimento alla (limitata) lunghezza del tragitto da percorrere e un rispondente a una situazione di “urgenza”.

Discussione

Lo studio ha restituito alcuni risultati attesi, altri meno prevedibili e soprattutto che mettono in evidenza alcune contraddizioni che potrebbero essere messe a tema nell'ambito interventi di prevenzione.

Un dato che sorprende o comunque fa riflettere è la percentuale elevata (quasi uno su tre) di rispondenti che non conoscono il tasso alcolemico consentito alla guida, nonostante abbiano conseguito la patente negli ultimi 10 anni e siano cresciuti in un periodo in cui l'attenzione sulla prevenzione è molto alta rispetto al passato. Questo dato ci fa comprendere come nemmeno l'obiettivo meramente informativo di conoscenza della norma – di per sé non sufficiente a rispettarla, ma in ogni caso necessario – sia stato ancora pienamente raggiunto.

I dati sulla percezione dell'efficacia dei controlli confermano ciò che emerge dalla letteratura, ossia che gli strumenti repressivi sono applicati poco e in modo non efficace e quindi non hanno una reale funzione deterrente (Meesmann *et al.*, 2015).

In linea con altri studi precedenti (Alonso *et al.*, 2015; Beccaria *et al.*, 2019), emerge una discrepanza tra le posizioni molte negative che i giovani proclamano verso la guida in stato di ebbrezza e il comportamento che mettono in atto. Questa contraddizione suggerisce che non è sufficiente lavorare sulla conoscenza delle norme e sulla consapevolezza dei rischi, ma è necessario prendere in considerazione altri aspetti che attengono maggiormente al campo delle norme sociali, delle relazioni e delle consuetudini.

Per quanto concerne le motivazioni della guida in stato di ebbrezza, se si incrociano i dati raccolti con gli elementi alla base della teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1991) emerge che:

- il rapporto diretto tra un'immagine negativa di un determinato comportamento e l'astensione da questo nella pratica non trova riscontro in questa indagine: il 95,8% di coloro che hanno guidato sotto l'effetto di alcol lo aveva definito un comportamento pericoloso e il 93,7% un comportamento sbagliato.
- Per quanto riguarda le norme socialmente percepite, i dati raccolti non forniscono indicazioni particolari sull'esistenza di un legame tra la percezione di riprovazione sociale e la tendenza a guidare sotto l'effetto di alcol, ma occorrerebbe uno studio più approfondito e con un campione più ampio.
- Per quanto concerne, infine, la percezione di autocontrollo, ciò che emerge incrociando i dati raccolti è che la maggior parte delle persone che hanno guidato almeno una volta in stato di ebbrezza (95,8%) definisce le proprie abilità alla guida nella media o superiori alla media.

Nel complesso, i risultati dello studio sono in linea con le ricerche sull'*optimistic bias* (González-Iglesias *et al.*, 2015): i giovani intervistati tendono a sopravvalutare sia la propria abilità di guida che la capacità di valutare la probabilità di essere coinvolti in un incidente, giudicata molto alta quando

ci si riferisce ad altre persone e molto bassa pensando a se stessi. Le giustificazioni addotte sono poco oggettive: gli intervistati fanno riferimento al proprio livello di attenzione, alla capacità di reggere l'alcol o a quella di valutare in autonomia quando sono in grado di guidare in sicurezza e quando no. Qualcuno arriva anche a definire gli incidenti un fenomeno raro e ciò indica una percezione distorta delle realtà, in quanto gli incidenti stradali in Italia sono tutt'altro che rari (165.889 nel 2022 e 79.124 nel primo semestre del 2023, dati ISTAT) e la probabilità di incorrere in un incidente raddoppia se l'autista ha un tasso alcolemico di 0,3 g/L e quadruplica con un tasso di 0,5 g/L (Allsop, 2020).

Le risposte raccolte per giustificare il fatto di essersi messi alla guida in stato di ebbrezza, seppure poche perché riguardanti solo il 55,9% del campione, offrono comunque spunti molto utili per implementare programmi preventivi più mirati.

In particolare, le indicazioni che emergono dall'indagine sono:

- la necessità di potenziare la diffusione delle conoscenze sugli effetti dell'alcol sull'organismo e sulla normativa sulla guida in stato di ebbrezza;
- la necessità di riflettere sull'inadeguatezza dell'*enforcement* che vanifica l'effetto deterrente e quindi la necessità di affiancare agli strumenti di carattere repressivo strategie educative che lavorino sulla consapevolezza dei giovani, per aumentare la percezione del rischio, incentivare logiche autoprotettive e ridurre gli ostacoli che impediscono di mettere in atto le cosiddette "strategie alternative";
- la necessità di prendere maggiormente in considerazione gli elementi ambientali, ad esempio intervenendo sui contesti di consumo, rendendoli più sicuri, o agendo sui cosiddetti "moltiplicatori della prevenzione" come i gestori dei locali, i baristi, gli addetti alla sicurezza.

Gli stessi risultati dello studio potrebbero essere utili per impostare interventi preventivi mirati, ad esempio mostrando e facendo riflettere i giovani sulle contraddizioni emerse tra queste posizioni.

Conclusioni

Il presente studio ha contribuito a fornire una panoramica del fenomeno della guida in stato di ebbrezza nella provincia di Bergamo ed evidenziato alcuni elementi che possono essere presi in considerazione per impostare futuri interventi di prevenzione sul tema.

Il principale limite dello studio risiede nel campione, poco numeroso e non rappresentativo della popolazione. Ampliare la base degli intervistati permetterebbe di applicare più analisi ed elaborazioni di secondo livello, soprattutto sugli aspetti cruciali per la prevenzione che riguardano la minoranza che ha dichiarato di adottare il comportamento sotto osservazione nonostante in generale lo reputi un comportamento a rischio e scorretto.

Un merito dello studio sta invece nell'aver sviluppato uno strumento di rilevazione basato su una attenta analisi della lettera-

tura, che potrebbe essere esteso ad altri contesti per avere dati più solidi e affidabili. Lo stesso strumento, ripetuto nel tempo, consentirebbe inoltre di monitorare l'efficacia degli interventi preventivi messi in atto o dell'evoluzione della normativa.

Gli autori si rendono dunque disponibili a mettere a disposizione lo strumento elaborato per ulteriori studi.

Riferimenti bibliografici

- Ajzen I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50. Doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Allsop R. (2020). Drink Driving as the Commonest Drug Driving-A Perspective from Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). Doi: 10.3390/ijerph17249521.
- Alonso F. et al. (2015). Driving under the influence of alcohol: frequency, reasons, perceived risk and punishment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(11). Doi: 10.1186/s13011-015-0007-4.
- Beccaria F. et al. (2019). Giovani, alcol e divieti. Una ricerca su opinioni e atteggiamenti dei giovani italiani sulle norme in materia di alcol. *Sociologia del Diritto*, 1. Doi: 10.3280/SD2019-001005.
- Cooke R. et al. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10(2). Doi: 10.1080/17437199.2014.947547.
- Ecorys (2014). *Study on the prevention of drink-driving by the use of alcohol interlock devices*. Rotterdam: COWI Consortium.
- González-Iglesias B. et al. (2015). Potential Determinants of Drink Driving in Young Adults. *Traffic Injury Prevention*, 16(4). Doi: 10.1080/15389588.2014.946500.
- Jie-Ling J., Yuan-Chang D. (2021). Analysis of drink-driving behavior: Considering the subjective and objective factors of drivers. *Traffic Injury Prevention*, 22(3): 183-188. Doi: 10.1080/15389588.2021.1873301.
- Meesmann U., Martensen H., Dupont E. (2015). Impact of alcohol checks and social norm on driving under the influence of alcohol (DUI). *Accident Analysis and Prevention*, 80: 251-261. Doi: 10.1016/j.aap.2015.04.016.
- Ministero della Salute (2022). Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana".
- Ministero della Salute (2022). Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati".
- Podgórecki A. et al. (1973). *Knowledge and Opinion about Law*. London: Martin Robertson.
- Vankov D., Schroeter R. (2021). Driving under the influence of drugs or alcohol: Predicting the intentions of young drivers. *Traffic Injury Prevention*, 22(2): 97-101. Doi: 10.1016/j.trip.2023.100877.
- Weinstein N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5). Doi: 10.1037/0022-3514.39.5.806.
- WHO (2022). *Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Global Road Safety Partnership, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

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



Delirio e gioco d'azzardo: la fuga dalla realtà

Valentina Generani*, Serena Marchesi*

SUMMARY

■ *This article aims to highlight, through the narration of a clinical case, the possible interactions between Pathological Gambling Disorder and psychotic symptoms; in particular we talk about delirium within a NAS Psychosis, through the narration of a clinical case of a patient who passed through the Lodi Addiction Service.* ■

Keywords: *Pathological Gambling, Addiction, Psychosis.*

Parole chiave: *DGA, Dipendenza, Psicosi.*

Introduzione

Il presente articolo si propone di mettere in luce, attraverso la narrazione di un caso clinico, le possibili interazioni tra il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico e la sintomatologia psicotica; in particolare si parlerà di delirio all'interno di una Psicosi NAS.

In letteratura esistono diverse argomentazioni (La Barbera e Matinella, 2010) rispetto all'eziologia multifattoriale del Disturbo da Gioco d'Azzardo e del Disturbo psicotico, tale per cui spesso esiste una comorbidità tra i due; ma quello su cui riteniamo interessante fare un affondo e delle ipotesi è come alcune specificità di questi disturbi possano concatenarsi e rinforzarsi a vicenda.

L'individuo che fa esperienza di un sintomo psicotico manifesta una modificazione dell'esperienza soggettiva e della realtà esterna, della quale fanno parte, in modo imprescindibile, anche gli altri e le relazioni con gli altri.

In questo caso, verrà evidenziato come il delirio si inserisce e coinvolge una relazione significativa primaria, con la figura materna, diventando un modo per parlare della relazione e della storia "senza farlo".

Gregory Bateson (2000) ha sviluppato una teoria per cui il comportamento psicotico e schizofrenico, all'apparenza così distante dalle norme socialmente riconosciute, può essere risignificato all'interno di modalità comunicative disfunzionali createsi nel sistema familiare, ed è interessante notare come l'intero caso che presenteremo si struttura intorno a problemi di comunicazione.

C'è il segreto, rispetto a come sono andate davvero le cose in una fase della vita che il paziente ancora oggi non ha chiara, ci sono i "non detti" che coinvolgono tutti i membri del sistema, c'è un'ambivalenza comunicativa che spesso rende impossibile riconoscere il significato non superficiale del messaggio, c'è una fatica a comunicare tra i servizi di cura e infine, c'è un ragazzo che non sente che le sue pa-

role vengono credute e improvvisamente inizia a dire cose apparentemente incomprensibili: delira.

In linea con queste premesse, il delirio e i pensieri interpretativi si manifestano spesso come un tentativo creativo di spiegarsi una realtà indecifrabile.

È interessante a questo punto soffermarsi su quanto il gioco d'azzardo abbia a che fare con false credenze e distorsioni cognitive che in qualche modo cercano di dare una struttura e una prevedibilità ad una situazione completamente aleatoria.

Sembra infatti che il giocatore abbia necessità di credere di poter controllare l'andamento del gioco, e di poterne scoprire i segreti, quasi fosse un'abilità che si può guadagnare.

In un articolo di Fortgang (2020), in cui si illustra una ricerca rispetto alla correlazione tra Schizofrenia e motivazione al Gioco d'Azzardo, gli autori suggeriscono che persone con disturbo psicotico possono avere maggiori pensieri deliranti rispetto alla possibilità di vincere denaro attraverso il gioco.

Per calarci dentro il pensiero di Billy, il ragazzo di cui parleremo, e aiutarci a comprendere il "significato nascosto" dentro il suo delirio, ci siamo mosse seguendo l'approccio "a rizoma" proposto da Deleuze e Guattari (2006), come modello di conoscenza che rifiuta di seguire gerarchie prestabilite ed è in grado di creare connessioni in tutte le direzioni possibili, favorendo la molteplicità e contrapponendosi alle rigide dicotomie del pensiero lineare.

Nel nostro lavoro ci chiediamo sempre "qual è la buona ragione" per cui una persona si comporta in un determinato modo, qualsiasi esso sia.

Ci sembra di aver compreso che la buona ragione di Billy fosse quella di dare una forma ad un dolore che non sentiva di poter definire e comprendere, e l'idea creativa può essere stata quella di creare una sorta di bolla protettiva che lo aiutasse a non percepire in modo così violento il dolore.

Non è un caso, a nostro parere, che sia il Gioco d'Azzardo sia il delirio psicotico abbiano le caratteristiche di una fuga dalla realtà, che porta ad allontanarsi dal mondo esterno e si struttura intorno a convinzioni personali che, almeno in prima battuta, sembrano inattuabili.

* *Psicologa, psicoterapeuta, Ser.D. di Lodi, ASST Lodi.*

La storia di Billy

Si presenta allo Sportello Ospedaliero sul gioco d'azzardo, Billy è di corporatura magra ed è curato nell'aspetto, indossa degli occhiali da sole scuri che non toglie mai e cammina in modo timido e rigido.

Sembra molto più piccolo della sua età.

Seduto al tavolo dei colloqui appoggia una cartelletta contenente centinaia di fogli di documentazione clinica.

Fin da subito appare diffidente, ci dice che raccontare "la sua verità" gli è solo servito a produrre tutti quei fogli.

Arrivato al Servizio Dipendenze a seguito della chiamata della madre disperata, conosciamo Billy nel settembre 2022.

Prima di un incontro vis a vis, il ragazzo ci chiama allo sportello on line in orario serale per più volte.

Sentiamo che fatica a fidarsi ed ha paura a mettersi nuovamente in gioco.

Fin dalla prima chiamata appare evidente che la storia di Billy è molto complessa.

Il problema di Gioco d'Azzardo è presente in modo importante ma di primaria evidenza è il funzionamento psicotico del ragazzo.

In fase di valutazione emerge una storia clinica significativa con diversi accessi e prese in carico a servizi del territorio e non. Billy racconta con modalità non chiare un episodio traumatico avvenuto poco prima della maggiore età, a seguito del quale sarebbe stato ricoverato in Pediatria e da lì a poco avrebbe iniziato un iter di accessi istituzionali.

Dalla Neuropsichiatria Infantile prima, al CPS poi, Billy transita per diverse Comunità ed entra ed esce dall'SPDC.

La diagnosi con cui si presenta è Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato e Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico, diagnosi che la madre non sembra aver pienamente compreso.

È interessante che fin da subito, e per tutto il processo, Billy dice di voler essere seguito solo per i suoi problemi di gioco d'azzardo patologico, come se avesse bisogno di avere uno spazio in cui i confini possano essere per una volta chiari.

Billy inizia a giocare all'età di 17 anni, acquistando interi pacchetti di gratta e vinci, successivamente gioca a casinò on line, black jack e slot machine.

Nel 2019 a seguito della morte del padre si gioca circa 50.000 euro, l'intera eredità ricevuta.

Il padre muore all'età di 60 anni per problemi correlati all'alcol.

I genitori si separano quando ha 10 anni; della separazione, così come del periodo precedente, il paziente non dice molto sebbene si abbia la sensazione che l'intero contesto non sia stato protettivo e alcuni ricordi di Billy fanno ipotizzare l'esposizione ad episodi traumatici.

La madre riferisce che il figlio si chiude spesso nella sua camera, fuma cannabinoidi, beve fino allo sfinimento, mette musica a tutto volume, chiede soldi e passa tutto il tempo a giocare d'azzardo sul cellulare.

La convivenza con lui è difficilissima e mette tutti a dura prova.

Dopo il primo colloquio, Billy ci chiama dicendo che a seguito del nostro incontro qualcuno avrebbe manomesso una serie di suoi oggetti e documenti.

La narrazione a livello di contenuto non è aderente ad un piano di realtà ma a livello di significato ci permette di comprendere il suo stato emotivo.

Ipotizziamo che Billy sia molto spaventato per essersi presentato al servizio ed essersi esposto.

Che cosa nella storia del ragazzo è stata manomessa?

La prima parte del percorso terapeutico è volta a far sì che il ragazzo si possa fidare di noi, non sentendosi in pericolo.

Sebbene fin da subito percepiamo l'importanza di attivare un amministratore di sostegno e di prevedere l'ingresso in una comunità terapeutica, capiamo che il timing in questo caso può rappresentare un problema.

Billy ha bisogno di sentire che siamo dalla sua parte e che siamo figure protettive.

Nella prima fase della terapia porta solo i problemi legati al gioco d'azzardo, è preoccupato e agitato rispetto a questo.

Ha aperto moltissimi conti correnti, ha diverse carte di credito, ha aperto alcune finanziarie ed è iscritto ad un numero imprecisato di applicazioni e siti di gioco.

Questo gli provoca un importante stato d'agitazione che lo porta a sedarsi completamente con l'alcool e le canne, oppure a farsi del male.

Emerge una forte emotività caratterizzata da sofferenza, rabbia, paura e rassegnazione, che però non riesce ad esprimere a livello verbale.

Quando, più avanti nel percorso, cerchiamo di iniziare a proporre una comunità terapeutica rifiuta fermamente, dice che non è giusto che lui paghi per tutti.

Il movimento di ingresso in un contesto protettivo viene percepito dal ragazzo come un agito espulsivo da parte sia del sistema familiare che di quello curante e per la prima volta Billy si arrabbia con noi, paragonandoci alla madre.

A seguito di questo turbamento emotivo Billy ci dice nuovamente che qualcuno gli ruba i soldi e che gli sposta le cose; sembra che anche lui sposti emozioni e comunicazione su un altro piano, attraverso il delirio.

Decidiamo a questo punto di dare credito al vissuto persecutorio di Billy, e di provare a rassicurarlo contattando un legale che possa fungere da figura protettiva e contenitiva, sul livello che ci esplicita.

Nel frattempo la situazione a casa sembra diventare sempre più insostenibile, e gli accessi e ricoveri in SPDC si fanno più frequenti.

Nella comunicazione gli elementi deliranti si infittiscono, fino ad esplicitare il pensiero che tutto quello che sta accadendo sia una messa in scena della madre per rubargli tutta l'eredità.

Dentro a questo vortice di malessere, accade anche che siamo costrette ad interrompere i colloqui per circa due mesi a causa dell'interruzione del progetto per cui collaboriamo con il Servizio Dipendenze, e questo non aiuta a mantenere il legame di fiducia creatosi.

Quando ritroviamo Billy, di nuovo ci troviamo di fronte ad una richiesta che devia dal percorso che abbiamo pensato per lui, e di nuovo decidiamo di sintonizzarci con il suo bisogno, anche per rinforzare l'alleanza.

Billy ci dice di voler lavorare.

Decidiamo quindi di proporgli un laboratorio propedeutico all'attività lavorativa promosso da un ente educativo del territorio, con l'idea che possa essere un'occasione anche e soprattutto per uscire dall'isolamento sociale in cui il ragazzo si trova da anni. Billy accetta ma lascia il laboratorio dopo poco.

Nel frattempo permangono i colloqui psicologici nei quali inizia ad investire.

In uno di questi, il paziente si apre e racconta, sebbene in una modalità fumosa, eventi dolorosi del suo passato, facendo intendere anche atti di una violenza subita e mai creduta. Emerge il tema del risarcimento, sia dal punto di vista concreto, risarcimento economico rispetto l'eredità del padre, sia emotivo, per tutto quello che ha subito, per non essere stato creduto e per non essere stato protetto dal poter spendere tutti quei soldi nel gioco.

Solo connettendoci e dando credito a questa parte Billy si è fidato e si è aperto alla possibilità di un ingresso comunitario che è avvenuto qualche mese dopo, accompagnato da un riconoscimento di un'invalidità civile e dalla nomina di un'amministratrice di sostegno, con la quale ha potuto rivedere tutta la questione finanziaria.

Tra gioco e delirio: quali interazioni?

«L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri a loro volta non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro» (Paul Watzlawick).

La comunicazione potrebbe essere pensata come la cornice contestuale del caso clinico esposto, come anticipato nell'introduzione.

Quando conosciamo Billy per la prima volta, è lui che ci parla di come i canali comunicativi abbiano avuto delle criticità ed è lui che ci fornisce una delle prime parole chiave di questa storia: la verità, "la sua verità".

Nel primo racconto concitato, in cui cerchiamo di ascoltarlo per capire quanto più possibile della sua storia, ci rendiamo immediatamente conto che questo percorso ci chiederà di navigare a vista in un mare di nebbia, forse proprio come sta accadendo a Billy.

Anche il sistema allargato sembrava muoversi nella confusione.

Le figure di riferimento non comprendevano il comportamento e la diagnosi di Billy, chiedendosi continuamente: "ma ci è o ci fa?", e il sistema di cura sembrava muoversi in maniera frammentata, come se non ci fosse stato modo fino a quel momento di cogliere una visione di insieme.

Non vogliamo essere critiche, ma ragionare insieme su quanto a volte il sistema, noi compresi, tende ad assomigliare alla storia del paziente, riproducendo la confusione che ci porta e che ci fa sentire.

Bateson (1979) ci ha insegnato che il sintomo rappresenta solo un arco di circuito di una complessità sistemica da cui si origina; ci ha anche evidenziato che ciò non significa individuare la causa del sintomo in dinamiche famigliari disfunzionali, ma che esso acquista senso all'interno del contesto relazione in cui compare come proprietà emergente della co-evoluzione del sistema nel suo insieme (Tettamanzi, 2022).

Specifichiamo, perché crediamo sia significativo, che fin da subito abbiamo utilizzato un approccio non convenzionale, decidendo di svolgere insieme (due terapeute) i colloqui con Billy; forse perché anche noi sentivamo il bisogno di un appoggio.

Alla luce di quanto fatto finora, possiamo dire che questo ha permesso di offrire a Billy punti di riferimento diversi, con stili personali che sono stati funzionali e complementari du-

rante il percorso; e ha permesso a noi di non perderci quando ci sentivamo disorientate.

Nel corso delle sedute, ci siamo rese conto che Billy spesso aveva dei buchi narrativi, coerenti non solo a delle difese formatesi negli anni, ma anche ad una storia familiare mai completamente ricostruita e compresa.

Quando nella storia familiare compaiono eventi traumatici e dolorosi può essere che questi assumano la forma di tabù, di non detti o di segreti, in ogni caso degli argomenti di cui "non si può fare parola".

Ciò che è assente, però, assume valore di presenza proprio per le sue stesse caratteristiche di assenza.

Spesso quello che le figure primarie hanno agito come un tentativo di protezione nei confronti dei figli, finisce per essere interpretato e vissuto come un tentativo "di nascondere", e da qui il tema della fiducia di cui si parlerà più avanti. Inoltre, per ricollegarci alle specificità del caso presentato, il segreto familiare può essere collegato alla sistematica falsificazione delle percezioni della realtà da parte del paziente ed è appunto il sintomo e il supporto di tale processo di invalidazione percettiva del paziente (Selvini, 1991).

Questa è stata una delle lenti con cui abbiamo osservato la storia di Billy e la particolarità della sua sintomatologia.

Nel tempo infatti, ci siamo accorte di quanto il ragazzo visse in una disperata ricerca della verità, incanalata e "coperta" all'interno delle trame del gioco d'azzardo.

Billy cercava infatti di scoprire, attraverso un sistema fitto e architettato, quali fossero i segreti del gioco e come lui potesse svelarli e orientarli a suo favore.

Secondo il modello eziopatogenetico del gioco d'azzardo di Blaszczynski e Nower (2002), tutte le tipologie di giocatori sviluppano false credenze e distorsioni cognitive che partecipano allo sviluppo e al mantenimento del disturbo.

Tra queste, citiamo l'illusione del controllo e l'overconfidenza, spesso presenti durante i colloqui.

Nonostante l'ammissione della gravità di ciò che accadeva, Billy si ostinava ad ingegnarsi nel tentativo di "vincere questa sfida" e trovare finalmente sollievo.

L'ipotesi è che Billy avesse un bisogno disperato di sentire di avere controllo sulla sua vita e sul suo dolore, ed è interessante come questo si intrecci con il gioco.

Cosa succede se però anche nel gioco ad un certo punto sfugge il controllo?

Se la bolla protettiva vacilla ed assume caratteristiche simili a quelle che l'hanno generata?

Il pensiero magico, tipicamente osservato nei giocatori d'azzardo, come modalità di pensiero che offre l'illusione che vi sia un collegamento tra eventi che tra di loro non hanno alcuna relazione di causa effetto (Frazer, 2012); in Billy si è inserito e rinforzato all'interno del pensiero delirante, caratterizzato da uno stato di coscienza temporaneamente alterato.

Come raccontato nella storia, già dopo il primo incontro con noi infatti, il ragazzo ci ha chiamato per allertarci che qualcuno aveva manomesso i suoi affetti personali, collegando i due eventi.

Con il tempo abbiamo imparato a capire che quando Billy compiva passi importanti nel suo percorso, a partire dalla richiesta di aiuto, o quando stava parecchio male, il pensiero delirante tendeva a presentarsi in modo maggiormente manifesto.

È interessante notare come entrare insieme a lui nel delirio e stare nella logica interna del racconto, ci ha permesso di

accedere a delle parti profonde ed emotive che, soprattutto nel primo periodo, non erano accessibili quando lo stato di coscienza era integro.

Negli elementi costituenti il delirio, Billy cercava una spiegazione di come avesse perso i soldi, inserendo sempre “un terzo”, di solito delle losche figure non chiaramente identificate, o “il sistema”, da cui si sentiva truffato e raggirato e sui quali finalmente poteva sfogare anche un'altra emozione proibita: la rabbia.

E così si è creata un'altra verità, paradossale ma forse in parte funzionale.

Un'altra lente che ci è stata utile è quella della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1976), che ci ha portato ad ipotizzare che lo stile di attaccamento sviluppato da Billy sia di tipo disorganizzato, nel quale il bambino rimane «disorientato» rispetto allo scopo, percependo la relazione contemporaneamente come fonte di pericolo e di protezione (Main e Solomon, 1990).

Crescendo, Billy manifesta una grande fatica relazionale, riporta episodi di bullismo subiti alle scuole medie e racconta, come già accennato, di una violenza, “la sua verità”, che sembra sancire un prima e un dopo nella sua storia.

Proprio a seguito di tale esperienza Billy inizia a “rifugiarsi” in modo importante nel gioco, nelle droghe e forse anche nel delirio come se fosse alla ricerca di un luogo altro non traumatico, falsamente protettivo, in grado di far vivere illudori stati di invulnerabilità.

Le conseguenze psicologiche dovute ad un grave trauma, soprattutto in fase adolescenziale, sono da tempo note: dolore, tristezza, rabbia, colpa, paura di ripetere l'esperienza.

Inoltre relazioni infantili insicure, deficit della simbolizzazione e disregolazione affettiva possono essere elementi costitutivi di dinamiche responsabili dell'addiction.

Billy forse tramite il gioco d'azzardo inconsciamente si espone ed esperienze rischiose e quindi potenzialmente traumatiche per fare fronte al proprio senso di impotenza e vulnerabilità. Il suo tentativo, sebbene inconsapevole, sembra da una parte quello di recuperare almeno in parte il controllo, dall'altra, di trovare una modalità comunicativa alternativa per poter parlare del proprio dolore.

Non riuscire a sentire la possibilità di fidarsi e di essere degno di fiducia è uno dei punti cardine della storia e dei sintomi di Billy.

La svolta, inizialmente dolorosa, è avvenuta forse quanto il ragazzo ha iniziato a perdere fiducia nel sintomo come elemento protettivo, e ha provato, con enorme paura, ad affidarsi a delle persone.

“Abbandonare” il gioco, e uscire allo scoperto dal delirio, per Billy è stato ed è un grandissimo atto di coraggio, perché significa non avere un contenitore, una via di fuga, una paradossale protezione.

È bene sottolineare che quanto esposto non ha carattere di causalità tra gli elementi, e che anzi si premette un'influenza reciproca che rende impossibile definire cause e effetti.

Conclusioni

Il caso clinico mette in luce l'importanza di stare con il paziente e ampliare non solo la rete di significati emergenti ma anche la rete sociale e di cura, in modo tale che la bol- la costruita intorno alla sofferenza e rinforzata dai sintomi

psicotici e dal gioco d'azzardo, possa avere dei confini più ampi e di conseguenza uno spazio di movimento e di trasformazione maggiore.

Ora Billy è ospite di una comunità riabilitativa a doppia-diagnosi, sta proseguendo un percorso di cura che lo vede attivo e propositivo, non gioca da quando ha fatto ingresso in struttura e anche la sintomatologia psicotica è decisamente migliorata.

Solo in alcuni casi, sempre quando Billy sembra non riuscire a spiegarsi alcuni eventi, si presenta un pensiero interpretativo.

Questo, ancora una volta, ci permette di ipotizzare quanto uno spazio sicuro possa essere una base per il processo di cura e come nessun individuo è pensabile e definibile senza considerare il contesto in cui si trova.

Inoltre, le ipotesi fatte rispetto all'interazione tra i due disturbi mettono in luce come parlare di doppia diagnosi non significhi solo pensare, e di conseguenza agire, su due disturbi separati.

La comorbidità ci impegna, come operatori dei Servizi di cura, ad avere uno sguardo curioso e irriverente rispetto a come i sintomi si intrecciano, tra di loro e nella storia di chi li sperimenta.

La sfida, che teniamo sempre attiva, è quella di guardare oltre il sintomo, passando dallo stesso, e di comprenderne il significato, per stare insieme al paziente e a ciò che cerca di comunicare, a volte in modo apparentemente incomprensibile.

Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1979). *Mind and Nature: a Necessary Unit*. New York: Dutton (trad. it. *Mente e natura*. Milano: Adelphi, 1989).
- Bateson G., Longo G. (2000). *Verso un'ecologia della mente* (Vol. 17). Milano: Adelphi.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Bowlby J. (1976). *Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby J. (1978). *Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.
- Deleuze G., Guattari F. (1976). *Rhizome*. Parigi: Minuit (trad. it. in: *Millepiani: capitalismo e schizofrenia*. Roma: Castelvecchi, 2010).
- Fortgang R.G., Hoff R.A., Potenza M.N. (2020). Schizophrenia symptom severity and motivations for gambling in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatry research*, 291, 113281.
- Frazer J.G. (2012). *Il ramo d'oro*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (a cura di). *Attachment in the preschool years. Theory, Research and Intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sacco S. et al. Il dialogo tra differenti prospettive sistemiche nella pratica clinica con un giocatore d'azzardo e con la sua famiglia. *Frattali*, 96.
- Selvini M. (1994). Segreti familiari: quando il paziente non sa. *Terapia familiare*, 45: 5-17.
- Tettamanzi M. (2002). *Dagli archi di circuito ai sistemi complessi... dai servizi alla persona alla cura verso approcci sistemici*. Editoriale.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*, 35: 1-47.

La clinica delle dipendenze nelle poesie dell'Italia contemporanea

Vincenzo Lamartora*

Premesse

Lo studio dell'antologia *Poesie dell'Italia contemporanea*, di Tommaso Di Dio (Il Saggiatore, Milano, 2023) è stata l'occasione per intraprendere una riflessione sulla valenza sintomatologica di alcune dimensioni etiche ed estetiche della poesia italiana degli ultimi cinquant'anni.

Da oltre un secolo, da quella di G. Papini e P. Pancrazi (*Poeti d'oggi, 1900-1920*, Vallecchi, Firenze), le antologie italiane hanno suscitato polemiche immancabili e spesso velenose tra critici e poeti, antologizzati o meno, per ciò che riguarda i criteri di composizione dell'antologia, la coerenza tra i criteri dichiarati e la selezione effettuata, la motivazione più o meno strumentale dell'autore nella scelta e nell'esclusione di amici e nemici, eccetera.

Due metanalisi delle antologie degli ultimi cinquant'anni di poesia italiana sono state effettuate recentemente da Beatrice Dema ("La critica della poesia contemporanea. Metodi, storia, canone, 2016-2018", *Allegoria*, n. 78, dic. 2018) e Claudia Crocco ("Le antologie di poesia italiana nel XXI secolo", *Polisemie*, II/2021).

Tommaso Di Dio – poeta, critico e docente di letteratura italiana all'Università di Milano – sceglie un criterio di composizione diverso da quello solitamente usato dalle cosiddette antologie *manifesto* o dalle antologie *museali*. Nelle prime, l'Autore è quasi sempre un partigiano di questa o quella posizione critica, e l'antologia seleziona poeti appartenenti alla poetica dichiarata. Nelle seconde, invece, l'Autore non propone (almeno esplicitamente) una linea poetica, e i poeti selezionati sono rappresentativi delle diverse appartenenze poetiche riconducibili al periodo considerato dall'antologia. In un caso come nell'altro, la struttura dell'antologia è la stessa: si tratta di una successione diacronica di autori, ognuno dei quali introdotto da un saggio critico al quale segue un ventaglio più o meno ampio della sua produzione poetica.

L'antologia di Tommaso Di Dio segue invece un'ispirazione diversa.

"La forma antologica classica – egli sostiene – fondata sugli assi cartesiani del profilo dell'autore e della cornice generazionale non credo riesca a farsi carico della radicale pluralità della poesia del nostro tempo... [...] Dinanzi alla natura proteiforme della poesia contemporanea ho sentito l'esigenza di una metafora diversa per direzionare il mio lavoro. Non più la metafora teatrale, ma quella panoramica [...] intendevo rappresentare la poesia contemporanea come un paesaggio [...] un ecosistema, dove forme diverse erano in contatto perché coesistenti nella medesima nicchia ecologica [...]. In questa impostazione è evidente che il testo della poesia assume una centralità assoluta: ma non ho mai inteso assegnargli uno spazio isolato e chiuso. Anzi, mi sembrava che il testo assumesse consistenza soltanto nella sequenza della decade solo se inserito come anello di una catena invisibile".

In realtà, oltre che consistenza, il testo poetico, ogni testo, può

assumere a nostro avviso il significato di un *sintomo*, se valutato all'interno di una *sindrome* e sullo sfondo di quel *paesaggio* sociale, economico e culturale che Di Dio fa evolvere per decenni, scandendolo in cinque decenni, dagli anni Settanta al decennio in corso.

Partendo da questi presupposti, abbiamo cercato di dare una cornice descrittiva (non interpretativa) a una serie di dimensioni psicopatologiche che potevano essere rilevate nei testi di ciascun decennio.

L'applicazione di un metodo statistico a un insieme ampio di dati è considerata una metodica consolidata, la stessa utilizzata per elaborare il Manuale Statistico Diagnostico con cui la comunità psichiatrica internazionale fa diagnosi e con cui si conviene di rilevare non i singoli sintomi ma un cluster di sintomi contestualizzati nel tempo e nel contesto.

Si tenga presente, tuttavia, che la condivisione dei criteri con cui correliamo due termini non è affatto *data* nel campo scientifico, né può essere considerata assodata una volta per tutte. Spesso, in ambiti di studio non ancora definiti scientificamente, si preferisce affrontare la questione con studi *osservazionali*, nei quali ci si occupa di rilevare la ricorrenza di sintomi, presenti con una rilevanza statisticamente significativa, all'interno di un campione definito di soggetti o di oggetti di analisi.

È questo anche il caso del nostro studio.

Cominciamo quindi a considerare le questioni inerenti il senso di questo studio e la sua struttura.

Utilità di uno studio sulla poesia per le dipendenze patologiche

Le teorie della complessità si sono sviluppate nel corso della seconda metà del XX secolo sulla spinta della complessizzazione delle società. Secondo la teoria, i fenomeni complessi – quali per esempio l'insorgenza di una dipendenza patologica o la poetica di un periodo storico – si presentano sotto le insegne della imprevedibilità e della transdisciplinarietà. La molteplicità dei fattori rende impossibile una prevedibilità dell'evoluzione del sistema e necessario un approccio transdisciplinare al suo studio.

La teoria della transdisciplinarietà dimostra come l'integrazione di approcci disciplinari differenti permette una migliore comprensione dei fenomeni complessi, quali sono quelli sociali, clinici o letterari. Tommaso Di Dio parla di un "groviglio diffusi di ife", per descrivere l'integrazione invisibile di migliaia e migliaia di fibre che, sotterranee, sostengono la comparsa di specie vegetali nel bosco. Potremmo usare la stessa immagine per evocare la molteplicità di reti e conoscenze richieste per comprendere e gestire fenomeni complessi. Questo per dire che l'approccio transdisciplinare è il solo possibile se si vuole penetrare la complessità della patologia (e della poesia contemporanea).

Nella costituzione del testo precipitano necessariamente influenze familiari, sociali e culturali del suo autore. Gli studi di Pierre Bourdieu hanno messo a fuoco quali e quante informazioni am-

* *Psichiatra, psicoanalista, direttore del dipartimento delle dipendenze della ASL Napoli 2 Nord.*

bientali e culturali sono state assorbite dal testo di Madame Bovary (P. Bourdieu, *Le regole dell'arte*, Il Saggiatore, 2022), e come il "romanzo familiare" di G. Flaubert sia finito nel suo celebre romanzo. Il testo diventa ciò che l'autore può conoscere ed esprimere di sé, ma questo significa anche che esso nasconde e richiama inevitabilmente tutto il restante mondo psichico dell'autore e la società che ne ha determinato la biografia e la fortuna.

La clinica del vuoto

Il concetto di "clinica del vuoto" è stato introdotto in Italia da Massimo Recalcati, nel 2002, attraverso il volume omonimo. Sotto l'ombrello di *clinica del vuoto*, Recalcati annovera i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze patologiche, e le psicosi contemporanee, quali le nuove depressioni, le tendenze psicopatiche, i ritiri schizoidi. Come sottolinea G. Brusci ("Clinica del vuoto: anoressia, dipendenze, psicosi", Pagepress, sett. 2023), lo studioso lacaniano distingue la "clinica del vuoto" dalla "clinica della mancanza". Quest'ultima, tipica delle classiche nevrosi da repressione osservate fino agli anni '60, si fonda sulla considerazione del desiderio inconscio che si crea a partire dalla *perdita* di un oggetto d'amore. Il desiderio, attivato dalla mancanza, spinge a ricercare l'Altro, in modo da annullarne la mancanza. Nelle nevrosi classiche, il sintomo ha un *sensu* metaforico, è un vuoto che richiama il desiderio dell'Altro. La clinica del vuoto invece sottrae il soggetto alla relazione con l'Altro: i desideri e i "godimenti" sono cercati al di fuori della relazione con l'Altro. L'oggetto diventa una 'cosa', e permette un godimento ripetitivo sempre uguale a se stesso, un godimento autistico, auto-trofico, che è desiderio di morte, di odio verso l'Altro.

Nella logica del consumismo, e del tardo capitalismo (F. Jameson, *Postmodernismo, ovvero la logica culturale del tardo capitalismo*, Fazi, 2007), il desiderio dell'oggetto di consumo è imperante e paradossale: per continuare a consumare occorre non avere una vera soddisfazione del desiderio ma un suo surrogato, sostituendo così la rappresentazione dell'oggetto del desiderio con l'oggetto stesso che non passa più per la relazione con l'Altro, ma si ricurva su di sé attraverso un godimento solipsistico e subitaneo che viene rinnovato senza fine. La forma del *discorso del capitalista* (J. Lacan) sembra escludere l'Altro, ponendo l'oggetto di consumo a rendere eterno il vuoto che pretenderebbe di colmare.

Il campione studiato

Nel nostro studio, il campione riguarda le 640 poesie antologizzate da Tommaso Di Dio distribuite nell'arco di cinque decenni (1971-1979; 1980-1989; 1990-1999; 2000-2009; 2010-2021). Abbiamo esaminato i testi di ciascun decennio, uno dopo l'altro, considerandoli come segni, come *sintomi*, raggruppati in *cluster* corrispondenti al decennio di riferimento. Sono state considerate le dimensioni sintomatiche maggiormente ricorsive e poi sono stati effettuati raffronti tra i cinque decenni per la stessa dimensione.

Com'è noto, gli elementi che costituiscono un testo poetico sono: il lessico, la sintassi, il metro e i tropi. È chiaro che l'intenzione del poeta, il contenuto che vuole esprimere, il carattere e la forma che intende dare alla sua poesia devono tradursi in una certa configurazione formale, ovvero nell'utilizzo di certi vocaboli, in certe scelte sintattiche, nell'utilizzo di metri chiusi o aperti, e nella scelta di certe figure retoriche.

Noi abbiamo convenuto che certe scelte lessicali, sintattiche, metriche e retoriche siano "sintomatiche" di una configurazione sindromica. Abbiamo considerato una serie di *dimensioni* (non di ca-

tegorie) che ci sono parse maggiormente significative delle identità del nostro tempo, o dei disturbi dell'identità nel nostro tempo.

La scelta di quali dimensioni sintomatiche rilevare, ossia a quali scelte lessicali/sintattiche/metriche e retoriche assegnare un valore sintomatico è stata effettuata sulla base della ricorsività, all'interno del cluster/decennio di volta in volta analizzato, dell'elemento.

Ci è parso quindi di poter evidenziare, nell'insieme delle 640 poesie analizzate, 16 cluster di elementi maggiormente ricorsivi, a cui poter assegnare un significato sintomatico.

Ma come sono state definite le 16 dimensioni sintomatiche da assegnare alle 16 figure testuali più ricorrenti?

Innanzitutto, siamo partiti dalla composizione di un gruppo di studio costituito da professionisti di diversa appartenenza disciplinare ma accomunati dalla cultura condivisa in tema di dipendenze patologiche. Il comune denominatore ai membri del gruppo è stato la preparazione di base e il canone letterario introiettato nelle scuole secondarie superiori.

Le figure stilistiche più ricorrenti sono state trattate come una macchina di Rorschach, nel senso che ogni membro ha potuto esprimere liberamente il proprio punto di vista su ciascuna configurazione testuale e individuare quale sintomo questa significasse. Dopo aver individuato una dimensione sintomatica, ognuno è stato invitato a discuterne con gli altri, in modo da poterla rettificare o confermare. Le 16 dimensioni scelte dal gruppo sono quindi il risultato di un lavoro di confronto su suggestioni evocate liberamente dalla lettura dei testi e delle configurazioni stilistiche in essi più ricorrenti, e quindi rappresentano non l'unica possibile scelta, ma una scelta certamente integrativa delle diverse dimensioni che attraversano un testo reale (significati, emozioni, parole). Un altro gruppo di lavoro avrebbe potuto reperire diverse dimensioni sintomatiche, certo, ma dubito che queste altre dimensioni sintomatiche avrebbero modificato l'ambito clinico scaturito dall'analisi dei testi, quello della "clinica del vuoto".

Una riflessione importante, in tal senso, va effettuata sulla *competenza* dei membri del gruppo in tema di poesia contemporanea. Quando negli anni '80 Charles Garfield cominciò ad occuparsi della assistenza ai malati terminali di cancro negli USA, e a organizzare il suo progetto "Shanti", si pose la questione di quali competenze "tecniche" dovessero avere i volontari che avrebbero assistito i malati terminali. Garfield optò, intuitivamente, per uomini e donne che non avessero una definita competenza tecnico-scientifica ma che avessero una vasta esperienza di relazioni umane o di relazioni d'aiuto, e che avessero una disposizione personale alla creazione di legami affettivi.

A distanza di quarant'anni, appare chiaro che esistono ambiti complessi – quelli relativi alle relazioni di auto, per esempio, all'amore, all'educazione, alla creatività –, che non richiedono competenze specialistiche quanto una particolare tendenza all'integrazione, una capacità di tenere legati i pensieri alle emozioni, le emozioni ai gesti e alle parole, gli affetti alle condotte. È questa integrazione mentale che permette a un amico, un assistente, un poeta di istituire relazioni nelle quali non solo si rappresenta la propria creatività, ma la si mette a disposizione dell'Altro.

Per restare ai poeti, l'elenco di coloro che non sono stati letterati né critici o professori universitari è piuttosto ampio: possiamo dire che in tutti i tempi e in tutte le latitudini i poeti non sono stati tendenzialmente dei *tecnici* della lingua, poiché le qualità richieste a un poeta, come a uno psicoanalista, sono state quasi sempre quelle della sensibilità, della capacità di dire cose sensate ed emozionanti, di vedere e far vedere le cose del mondo secondo una prospettiva inedita.

Fatta questa presentazione del gruppo di lavoro, e dei criteri seguiti per la scelta delle dimensioni sintomatiche, discutiamo adesso le dimensioni sintomatiche scelte.

Artifici formali

Questa dimensione sintomatologica registra il grado di artificiosità del testo. Parte dal presupposto che la forma *naturale* del linguaggio sia quella del “parlato” quotidiano. Roland Barthes ha definito questo grado dell’espressione linguistica “grado zero” della scrittura, cioè quel grado (nullo o *minimo*) di artificiosità o di alterazione (lessicale, sintattica, metrica e retorica) al quale la lingua scritta equivale a quella parlata (R. Barthes, *Il grado zero della scrittura*, Einaudi, 2003).

A noi sembra che l’artificiosità della forma linguistica diventi un sintomo psicologico o psicopatologico quando caratterizzi la stragrande maggioranza della poesia di un periodo storico o quando sia espressa ad altissimo grado. Nell’ambito della scrittura poetica è sensato considerare che quella di una forma artificiosa sia una *scelta* da parte dell’autore, che per altro verso potrebbe usare una forma diversa. Se questo è il caso, non si dà valenza sintomatologica all’artificiosità. Ma quando tale destrutturazione formale interessa non (solo) qualche poesia ma l’intera produzione poetica di un decennio o di un periodo, allora la ricorsività dell’opzione stilistica fa della forma artificiosa un sintomo psicopatologico di natura schizoide o psicopatica.

Oscurità

La questione dell’oscurità è stata affrontata da Franco Fortini (1991). Il poeta distingue *oscurità* da *difficoltà*. La *difficoltà* della forma dipende dal grado di competenza tecnica del lettore, ed è comunque solvibile con una perifrasi. Al contrario, l’oscurità di una poesia non dipende dal lessico o dalle figure retoriche usate, ma dalla presenza di *oggetti* privati dell’autore, ovvero di riferimenti conosciuti o compresi dall’autore ma ignoti al lettore.

Il significato schizoide o psicopatologico di una pervicace oscurità è lo stesso della artificiosità formale. Pare che i poeti, a maggioranza, si siano dedicati a render oscuro e incomprensibile il proprio testo. Tale oscurità può rivelare un narcisismo intransitivo.

Disorganizzazione del pensiero

Com’è noto, nella psichiatria novecentesca la destrutturazione, soprattutto formale, del pensiero è stata considerata un segno di schizofrenia o comunque di psicosi. Questo se all’osservazione clinica, tale destrutturazione formale del pensiero si accompagna a una destrutturazione del quotidiano, per cui il soggetto risulti incapace di provvedere alle proprie necessità personali, sociali, familiari. La psicosi, nel caso da noi in esame, non riguarda evidentemente la manifestazione clinica di un poeta o di qualche poesia, ma quella del *Soggetto* della poesia italiana contemporanea.

Pensieri irrelati

Anche questa dimensione psicopatologica appartiene al cluster dei primi tre sintomi descritti, quello delle sindromi psicotiche. La perdita di connessioni (formali e di senso) tra un pensiero e l’altro, tra un verso e l’altro, tra una strofa e l’altra, o all’interno di uno stesso pensiero o di uno stesso verso, esprime la frattura (schisi) all’interno della catena di significazione. La schisi può riguardare il senso e l’emotività, cosa di cui ci occuperemo nei due punti successivi. Qui intanto ci focalizziamo sulla rottura delle connessioni formali tra i periodi di un testo, ovvero delle discontinuità nella sintassi, o

nell’affinità tematica dei vocaboli, o nella continuità del metro, o nella omogeneità di tropi.

Come per le dimensioni sintomatiche già descritte, anche in questo caso se la presenza di pensieri irrelati nel testo si presenta a un grado tale di ricorrenza statistica da interessare la maggior parte delle poesie di un periodo storico essa assume una valenza sintomatologica.

Pensieri e parole reificate

La “cosa” è il reale (corpo, altro, oggetto del mondo) che non può essere legato, o che viene scisso, dalla simbolizzazione. È tutto ciò che resta di non fantasmaticizzato nella mente del Soggetto. Il reale, non legato a costituire un *fantasma*, non resta soltanto come una cisti ben nascosta nella psiche. Esercita invece una funzione di precipitazione del senso, dell’affetto, e della conoscenza: è un buco nero della mente che inghiotte qualsiasi rappresentazione vicina. Un lemma che risulti freddo, privo di senso o di emozione (scisso), è un sasso buttato sul foglio.

Nell’antologia di Tommaso Di Dio, molte poesie presentano pensieri e parole reificati, come se il *panorama* del periodo fosse diventato spento, morto: una foresta bruciata, un panorama da *the day after tomorrow*.

Schisi del senso. Schisi dell’emozione

Schisi vuol dire scissione, frattura. Vuol dire separazione, allontanamento attivo dal campo di coscienza di una rappresentazione o dell’affetto ad essa legato. La scissione risponde a un bisogno omeostatico della mente. Si opera una scissione quando un contenuto è troppo traumatico da sopportare, e allora se ne scinde l’affetto o la rappresentazione. Normalmente, la scissione è una *difesa* che il soggetto ha a disposizione. Essa è attiva automaticamente, come un servosterzo, tutte le volte che occorre scindere qualcosa. Pertanto, il funzionamento dissociativo della scissione è all’opera in tutti e in ogni momento. Tuttavia, essa rimane appunto una *funzione* della mente fluida ed epifanica. Quando invece la scissione diventa continua e pervasiva, si producono linee di frattura nel tessuto rappresentazionale del soggetto per cui dei contenuti (degli oggetti, delle rappresentazioni) o degli affetti (paura, rabbia, invidia, odio) vengono costantemente scissi dalla coscienza. In tal caso, la scissione smette di essere una funzione utile e diventa il principio di una patologia, la schizofrenia, che si struttura proprio per non avvertire più il senso o l’emozione correlata a un oggetto.

Come già detto, la parola, per produrre cambiamenti, deve essere veicolata da affetti: sono questi che la rendono carica ed efficace a produrre rimaneggiamenti neuronali. La psicoterapia, ma anche qualunque parola scambiata, acquista il suo valore sociale dalla capacità che dimostra di suscitare trasformazioni nell’Altro, dalla sua forza affettiva, dalla possibilità di permettere identificazioni. Una poesia caratterizzata da schisi del senso e/o dell’emozione non può che lasciare indifferenti.

Afanisi e apatia

Afanisi è la scomparsa del desiderio. Questo, il desiderio, è la pulsione legante che porta l’oggetto a relazionarsi con l’Altro. Il desiderio produce cambiamenti in modo diretto – grazie alla carica affettiva delle parole e dei gesti che il soggetto esprime – o in modo indiretto, attraverso le identificazioni che produce. Se si spegne il

desiderio, si spegne l'interesse per l'Altro, per le cose, per se stessi. La scomparsa del desiderio, l'afanisi e l'apatia non sono scelte né sono dati primari, quanto il prodotto di una azione ambientale di raffreddamento delle pulsioni, e quindi della soggettività: un soggetto mortificato, costretto a essere "normotico" non potrà che diventare controllabile e manipolabile.

Fredezza

La "temperatura" emotiva della poesia è un ottimo indicatore per qualificarla come sintomatica. Chi può immaginare un abbraccio freddo? Un amore freddo? Una passione fredda? Questa dimensione sintomatica non è codificata dal Diagnostic Statistic Manual. Tuttavia, nella relazione autore-lettore, così come in quella paziente-analista, la freddezza rilevata nel *controtransfert* è un indicatore importante dell'assetto mentale del paziente in quel momento, della sua relazione con l'Altro e con gli oggetti.

La freddezza sembra essere una delle cifre stilistiche della poesia contemporanea.

Testo costruito solo di testa

Abbiamo scelto di nominare questa dimensione sintomatologica in modo non ortodosso per il consesso psichiatrico, perché ci sembra necessario utilizzare una modalità descrittiva per dare un nome a una dimensione sintomatologica che in realtà rende conto di un insieme di suggestioni.

Si tratta, qui, di rilevare e descrivere la sensazione che si prova di fronte a una poesia costruita mettendosi a tavolino, senza alcuna urgenza emotiva, senza alcuna emozione, e facendo *la punta alla matita del cervello* (Valerio Magrelli).

Questa dimensione sintomatica è quella in assoluto più ricorrente in ogni decennio e attraverso i decenni. È come se la poesia degli ultimi cinquant'anni, e la società che essa riflette, avesse smesso di manifestarsi sulla base di un bisogno, di una pulsione, e avesse sostituito la *produzione* con la *riproduzione* seriale del testo. Una lettera d'amore non vien più scritta sull'urgenza di dire il desiderio o il dolore ma costruita *con la testa*, come se si potesse davvero riprodurre l'unicità di un'emozione e di un'esperienza in modo premeditato, ragionato.

La grande maggioranza delle poesie dell'intero cinquantennio è scritta da autori che appaiono razionali, freddi, disposti di fronte alla pagina bianca come un falsario che dovesse riprodurre un'opera non sua: calma, freddezza, nessun'urgenza emotiva, molto mestiere, molta precisione, attenzione ai minimi particolari, esattezza nella scelta del vocabolo, della scansione sillabica, della figura retorica. Il testo che ne viene fuori è ineccepibile, una costruzione di altissima precisione e raffinatezza, esemplare per la lucidità con cui rende i dettagli dell'oggetto portato sulla pagina. È una costruzione capace di riprodurre qualsiasi oggetto, immateriale o materiale, animale, vegetale o minerale; capace di parlare di schermi luminosi, di elettroni, di sciami, fotoni, di filippine e di schiavi, di fanciulle stuprate e padri violenti: tutto senza partecipazione, perché la riproduzione non deve sobbarcarsi l'onere di fare i conti con le proprie emozioni, non ha il peso di dire la verità su se stessi, non ha l'incombenza di una perdita, della nostalgia, del desiderio; non deve aver cura della relazione con l'Altro, con la società nella quale vive; non deve preoccuparsi di rendere migliore il mondo. Il poeta-falsario non deve corrispondere a un ideale interno; non deve rispettare una legge o un canone. Non ha il compito di essere coerente con la propria vita, perché la vita riprodotta

sulla pagina non è la sua ma quella di oggetti reperiti fuori di sé. Quello che il poeta contemporaneo fa è scomparire dietro l'oggetto. La sua necessità è quella di non identificarsi, di non esprimere nulla di sé, di non dire mai "Io", anzi, di occultare, nascondere, *decentrare* il proprio Io, o confonderlo o *disperderlo* dietro un altro ("noi", "tu", "maschera"). Il poeta contemporaneo sembra aver cura di cancellare ogni traccia della propria esperienza, del proprio vissuto, della propria emotività; deve cancellare ogni traccia della propria soggettività, della propria storia personale; deve estromettere dalla pagina l'unicità del proprio corpo. Il corpo e l'emozione sono gli oggetti primi a dover essere cancellati, o scissi, poiché sia il corpo che le emozioni sono irriducibilmente e inconfondibilmente proprie e uniche: e il poeta invece deve confondersi e confondere. Dovendo scindersi sistematicamente, egli deve essere un soggetto decentrato, ritirato dalla mischia sociale, dalla relazione col proprio vero Sé. Dev'essere un'astrazione, capace di riferirsi a qualunque oggetto, esattamente come fa l'intelligenza artificiale, che può (ri)produrre testi anaffettivi e indefiniti, astratti e *disindividui*, che potrebbero essere scritti da chiunque abbia rinunciato al nome proprio.

Dovendo riprodurre *di testa* un oggetto non proprio, il poeta deve essere lucido, freddo, preciso, deve evitare di farsi attraversare da pathos e desiderio: deve mostrare afanisi e apatia. Per lui, questo o quell'oggetto sono uguali: che si tratti di albe o tramonti, di nascite o morti, di accoppiamenti violenti o di figli perduti, il poeta deve essere capace di fedeltà alla riproduzione dell'oggetto.

Ed è chiaro che la fedeltà alla riproduzione, unita all'assenza di partecipazione emotiva, porta alla normoticità. Il poeta contemporaneo è un "normotico" (C. Bolas), la cui normalità diventa espressione sintomatica di un disagio sociale; la cui esigenza primaria è mantenere un pedissequo conformismo, annullando ogni differenza stilistica tra sé e il proprio gruppo di riferimento.

Dovendo riprodurre ogni oggetto di ogni natura, il poeta contemporaneo deve essere "coltissimo", deve conoscere tutte le figure retoriche, deve mostrare di saper tradurre testi inglesi, francesi, tedeschi, russi, americani. Deve essere verso nell'uso del verso, riprodurre ogni metro, anche quelli secenteschi, anche quelli provenzali; deve conoscere ogni articolazione della sintassi; deve conoscere ogni studio pubblicato sulla propria tecnica, poiché di tecnica vive, di tecnica ha bisogno. Deve essere un critico, insomma, un esperto.

Avendo rinunciato alla verticalità che sola deriva da una vita generativa – e quindi necessariamente irrorata dal corpo e dall'emozione –, il poeta contemporaneo è costretto lungo la linea della orizzontalità a recitare la parte *dell'integrato*, mentre dentro di sé tutto il suo *falso sé* vorrebbe semplicemente aggredire o abbandonare gli altri, vissuti come pericolosi o inarrivabili. Lo scarto tra l'odio rimosso e una pseudo vocazione democratica lo porta a non legare nessuno veramente, a restare isolato.

Questo è il Soggetto della poesia contemporanea: un falsario che truca le carte presentandosi come poeta, un poeta che truca le carte presentandosi come critico. Un poeta-falsario che truca le carte scrivendo di testa.

Scomparsa dell'Io. Scomparsa della soggettività

Il fenomeno della scomparsa dell'Io come pronomi e come soggetto della locuzione è stato ampiamente studiato da critici e studiosi di varia natura negli ultimi cent'anni. Si è parlato di *disindividuazione*, *decentramento dell'Io*, *disseminazione dell'Io*. Mazzoni ne ha dato una overview efficace nel suo scritto sulla poesia moderna (G. Mazzoni, *Sulla poesia moderna*, Il Mulino, 2015).

Certo è che la scomparsa dell'io, dal punto di vista psicologico, è il contrario dello sviluppo umano, il contrario dello sforzo che il bambino e poi l'adolescente fanno per accreditare valore alla propria esperienza e fondare una certa fiducia in se stessi. In ogni caso, data la costituzione della mente, non si dà mai il caso che l'io possa essere dissolto, decentrato, disseminato, così come non è possibile cancellare la soggettività dell'esperienza personale, dei propri vissuti o emozioni. Anche quando pensiamo di riprodurre fedelmente un oggetto esterno, lo stiamo riproducendo attraverso i nostri schemi rappresentazionali. E anche quando pensiamo di cancellare la nostra soggettività, eliminando il pronome personale "io", non facciamo altro che un esercizio di stile, che non impedirà alla nostra esperienza soggettiva di mostrarsi nel testo poetico.

Poesia fuori del sé, poesia fuori del Sé

Questa dimensione sintomatica designa l'atteggiamento del poeta che cerca *oggetti* (nature, elementi, emozioni, accadimenti, presenze) "fuori del sé", fuori della propria soggettività, fuori del proprio mondo rappresentazionale. Non possiamo che ripetere quanto già detto sulla scomparsa dell'io. Pretendere che tale dimensione possa corrispondere alla estromissione, alla estroffessione o alla rinuncia del proprio mondo interno significa a nostro avviso ignorare e equivocare la funzione del sé, o proiettare all'esterno di sé la ricerca di oggetti, nel caso in cui quelli "interni" siano odiati. Dal punto di vista psicoanalitico anche la riproduzione di oggetti esterni è veicolata dalla propria soggettività, che comunque personalizza l'esperienza, anche se "fuori".

Tralasciamo nel nostro studio la cosiddetta "poesia fuori del Sé", con cui la critica contemporanea designa la dimensione di scambio con altre discipline artistiche (pittura, fotografia, teatro), pure frequentate da diversi poeti contemporanei, e che V. Ostuni e altri evidenziano come un tratto caratteristico della poesia contemporanea (V. Ostuni, "Nazione Indiana", 25.02.2011).

Disposizione narrativa

Uno degli aspetti più ricorsivi delle poesie contemporanee è la presenza di inserti o posture narrative nel corpo della poesia o in luogo della poesia (verticale).

Sembra chiaro che nella fase attuale del tardo capitalismo e delle relazioni orizzontali (quelle riprodotte continuamente nelle nostre chat, nelle nostre esistenze digitali) non possa sopravvivere una forma, quella della lirica, caratterizzata storicamente da verticalità (il verso a capo) e dalla parola propria e originale. La narritività diventa la forma del (ri)prodotto artistico nel capitalismo finanziario e digitale. A parte questo, la narrativa sembra rivestire la funzione di un "sintomo" poiché permette di *isolare* l'emozione dall'oggetto: permette all'autore di parlare di un oggetto senza farsi partecipe della sua cura, senza l'onere di testimoniare e farsi autentico.

Metariflessione

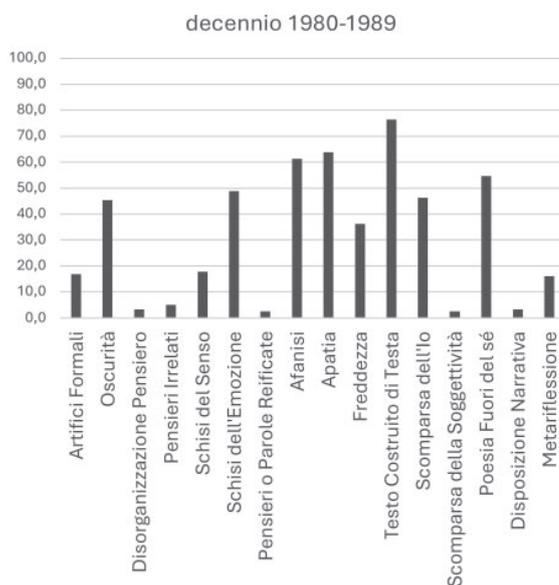
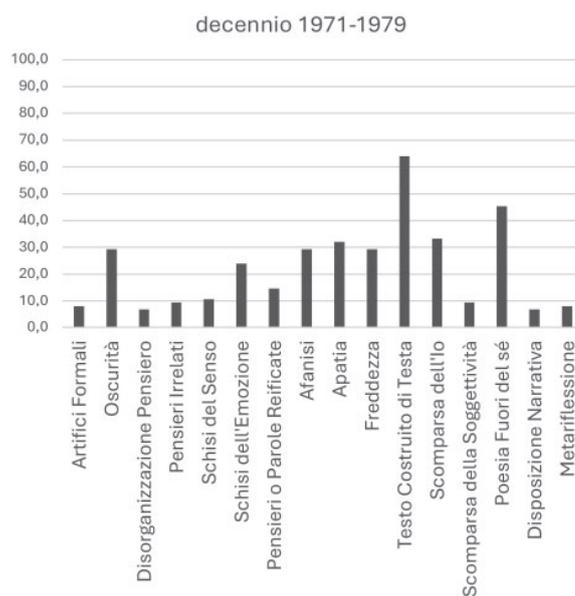
Molta poesia italiana contemporanea si piega a riflettere sul proprio processo costruttivo. Soprattutto nei decenni '70, '80 e '90, la poesia è stata impegnata a distruggere il vecchio canone tradizionale: le avanguardie del gruppo '63 e poi del gruppo '93 hanno

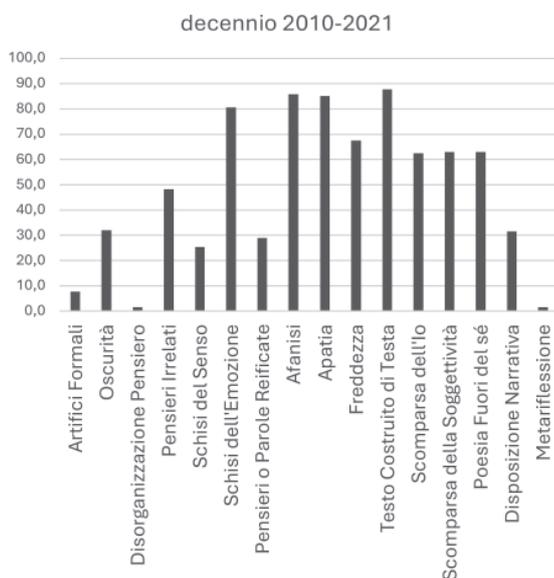
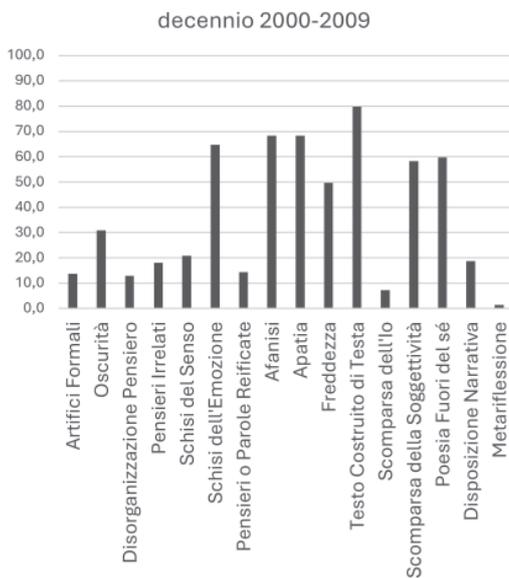
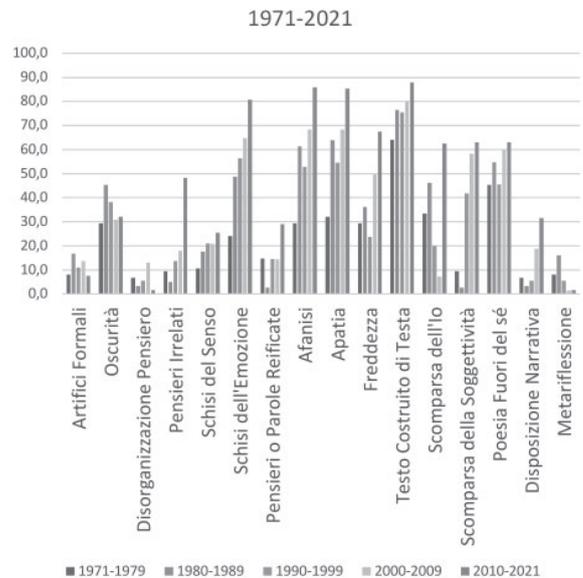
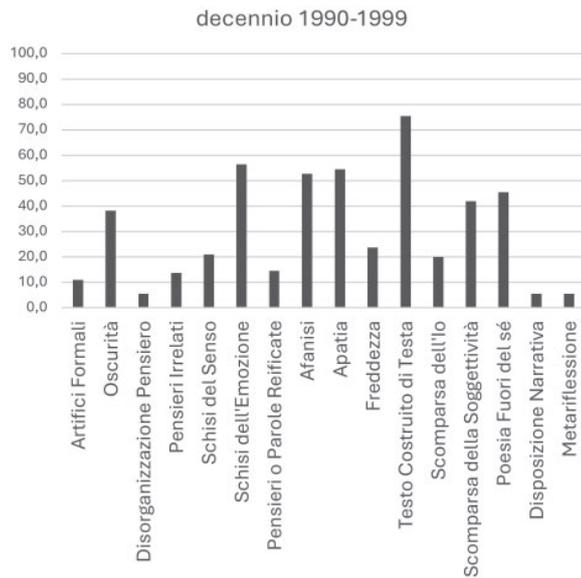
sistematicamente propugnato una rivoluzione formale, prendendo con cura le distanze da un canone poetico giudicato *sentimentale* e *patetico*, *confessionale* e banale, primitivo e intimistico: hanno propugnato una linea cosiddetta *antinovecentista*.

È chiaro che in questa fase siano pullulate le riflessioni su cosa dovesse essere la poesia, che siano esplose decine di attestazioni di poetica. Ogni nuovo poeta ha sentito l'urgenza di farsi vedere e dichiarare cosa sia la (sua) poesia. M. Balsamo ha parlato di "narcisismo delle piccole differenze" per evidenziare il sottofondo di odio per la madre di coloro che si smarkano sempre dall'altro grazie a qualche piccola differenza (*Rivista di Psicoanalisi*, n. 1/2024).

Soltanto una volta scavallato il millennio, quando un canone è stato ristabilito, quando tutti i padri sono *morti* e tutti i fratelli non integrati sono stati liquidati, solo allora la poesia contemporanea ha potuto rilassarsi e non sentire più l'urgenza identitaria di definire cosa debba essere la poesia.

A questo punto, possiamo presentare i grafici delle dimensioni sintomatiche esplorate, decennio per decennio, e seguire l'andamento di ogni dimensione attraverso i cinque decenni antologizzati





Analisi dei risultati e considerazioni

Come si vede dal grafico riassuntivo 1971-2021, le dimensioni sintomatiche più ricorrenti ed espresse in tutti e cinque i decenni sono quelle che riguardano la schisi dell'emozione dal testo, la tendenza a costruire lucidamente e razionalmente il testo, la temperatura emotiva fredda, l'afanisi e l'apatia.

Possiamo dire che il *Soggetto* della poesia contemporanea è un Soggetto affetto da una forma di depressione che potremmo chiamare vuota, fredda, anergica, anaffettiva, indebolita nella pulsionalità, apatica, abulica, anedonica.

Il ritiro sociale non è la sua *soluzione*, eppure appare sospettoso verso gli altri, percepiti sempre come sottrattivi o pericolosi. È affetto da una forma di dissociazione, come quel giocatore d'azzardo che avesse giocato e perso alle slot machines, e ora appare in blackout. I suoi riflessi sono rallentati, la sua coscienza è ristretta, non sembra in grado di affrontare ulteriori sfide.

Le sue relazioni affettive appaiono allentate, più che conflittuali. Una *passione triste*, o meglio un'ombra della passione scurisce e distanza le esperienze, come se ormai tutto gli fosse indifferente, tutto fosse velato di disincanto. Come se tutto fosse osservato distattamente al tablet, al cellulare. È un Soggetto sostanzialmente annoiato: nemmeno il dolore della morte di un figlio, di una compagna, di un amico, di un padre produce più deragliamenti: la vita e la morte non sono più vissute, sentite, patite, ma *osservate*. La vita e la morte sono riprodotte nella mente come un'immagine che ritorni in un time-lapse: diventano oggetti riprodotti senza passione, senza emozione.

Allo stesso modo del capitalista, il cui *discorso* è quello di restare decentrato e, da questa posizione, piegare ogni pensiero e ogni emozione alla logica della riproduzione della merce e al consumo degli oggetti; allo stesso modo del capitalista, il Soggetto della poesia contemporanea resta decentrato, si concentra sul piccolo, sul minimo, sull'oggetto che è possibile acquisire, mangiare, assumere.

Occupato da se stesso, il Soggetto della poesia contemporanea non ha più il tempo di interessarsi ad altro, agli altri, tutti osservati come in uno schermo. Intanto il suo mondo interno ed esterno si desertifica, gli oggetti rimangono come simulacri. Si perde a osservare i suoi ricordi, i suoi amori, i suoi interessi, tutti reificati.

Le sue relazioni con gli altri sono di vicinanza o distanza. Quando va bene si esce con qualcuno che si conosce poco o male, per godere di un *godimento* inappagante. Quando va male si esce per poco, si compie un giro su qualche giostra reale o virtuale, e poi si rincasa insoddisfatti.

Le relazioni affettive del nostro Soggetto poetico sono anonime, opportunistiche, effimere: persone ridotte a corpo, corpo ridotto a carne da spolpare. È solo il nostro Soggetto, è solo, svuotato all'esterno quanto all'interno di sé.

La sua vita è andata piuttosto bene nei fatti e nella economia: ha ottenuto, per eredità, fortuna o raccomandazione, il posto che voleva nella società, ma questo non gli interessa, quasi non lo riguarda. Ha ottenuto un appartamento, un matrimonio, forse un figlio in cui finalmente rispecchiarsi. Adesso però, pur avendo ricevuto oggetti e identità, o forse proprio per averli ricevuti troppo precocemente, sta come chi ha vissuto sempre in una discoteca ad alto volume e oggi, a corrente staccata, si sente solo, ansioso, disabitato alla mancanza, spaventato dal vuoto.

Ciò che fa, ciò che persegue, lo fa per soddisfare bisogni narcisistici, non oggettuali. La visibilità sociale non gli interessa per tramandarsi, per arricchirsi, per saziarsi, ma per essere visto dai fratelli, dai pari, dai social, perché essere visto significa sfuggire alla gola dell'oscuro, dell'anomia: significa ricevere per via sociale quell'apprezzamento che una volta era ottenuto per via interpersonale.

In un panorama da "the day after tomorrow" – in cui tutto sembra bruciato, pietrificato, ovattato, distante e angosciato –, in questo panorama urbano, in questo reality permanente il Nostro fa tutto di testa, in modo apatico e anedonico, anaffettivo, senza partecipazione; vive a basso voltaggio, sente una flebile eco di una qualche passione e costruisce il suo romanzo personale con raziocinio, con esattezza.

È capace di ottenere consensi accademici o editoriali ma incapace nella vita quotidiana, un analfabeta o un inetto nelle emozioni e nelle relazioni umane, senza la capacità di immedesimarsi con l'altro o comprenderlo. Un Soggetto strano, stranito. Uno che non seduce ma soggioga o è soggiogato; immerso in relazioni di dipendenza negata o sadomasochistiche. Incapace di andare al di là di se stesso e dei suoi bisogni intellettuali, o meglio intellettualistici, avvitato nelle proprie ruminazioni metapoetiche.

Il suo discorso è quello del consumatore, dell'addicted, adattato a un habitat sociale con cui condivide soltanto i derivati della distribuzione della ricchezza. Il suo discorso è quello del normotico: usa parole forbite, preziose, raffinate, ma basta un nulla per evocare in lui bestemmie dette a bocca chiusa, magari a qualcuno più fragile – una colf, una badante, un figlio, una madre vecchia, un collega sottoposto, un altro poeta –.

Il suo discorso è quello di un dandy disinteressato a restare nella memoria degli altri o addirittura nella storia, perché il suo tempo è qui, adesso; non ci pensa nemmeno a pagare la celebrità con un po' di sacrificio, perché il sacrificio attiene alla castrazione, e la castrazione non è più una figura e un dispositivo del suo tempo. L'idea che la terra su cui germoglia la poesia sia il dolore della perdita, della rinuncia, del sacrificio, del disequilibrio, tutta questa

evidenza millenaria lo disgusta: lui vuole la bella casa, la bella vita, la bella donna, la bella macchina, la bella banca, e di estrarre poesia dalla sofferenza non ci pensa nemmeno. Meglio per lui costruirlo di testa, il testo, la propria vita, il proprio romanzo. Il *testo di testa* è la sua trovata migliore: può fregarsene della necessità di vivere davvero, di corrispondere alla sua verità; può stare spento, disattento, distante, separato; può restare estraneo a se stesso e a tutto.

Il suo *discorso* è identico a quello dell'intelligenza artificiale, una funzione astrattiva e disanimata che agisce sulla base di esperienze e conoscenze codificate in un database. L'intelligenza artificiale crea testi tutti uguali, anaffettivi, anedonici, anonimi. Il suo discorso è artificiale perché l'artificio, a differenza dell'arte, può essere riprodotto a richiesta e in modo illimitato. Il suo prodotto è senza venature emotive, senza un volto, senza espressione: pronto a essere consumato, freddo, perché privo di una storia e di una esperienza proprie.

Il suo discorso è quello del reale vittorioso, del reale che non riesce a essere tradotto o simbolizzato. Al nostro Soggetto piace portare la sua giornata sulla pagina dei social, per essere visto. La sua quotidianità, le sue ossessioni, le occupazioni private – dalla ginnastica al maquillage –, sono sbattute quotidianamente sui social così come sono, senza commento, senza trasformazione.

Analogamente, l'etica per lui non esiste, esiste solo l'estetica, un'etica intransitiva e poco costosa. La poesia (che lo metta in relazione con l'Altro) sembra interessargli meno della poetica, che è un testo intransitivo e poco costoso. Non gli interessa il gioco, gli importa della ginnastica, dello sport, un gioco intransitivo, svincolato dalle relazioni e poco costoso. Non gli importa sognare: gli importa consumare, un sogno intransitivo e poco costoso.

Il consumo di droghe aumenta in tutto il mondo. È un segno di sofferenza grave anche se negata. Il segno di una clinica del vuoto, del soggetto svuotato dal discorso del capitalismo produttivo e consumistico; del pensiero contemporaneo, indebolito da secoli di scomparsa del padre, di dio, della dimensione verticale dell'esistenza, la sola che assicura la castrazione, il patto di scambio tra generazioni, l'equilibrio del vivere e insieme l'eccezione dell'arte.

Richiamando Saba, *Quello che i poeti devono* (tornare a) fare è rimettersi in una relazione d'amore o di cura, accettare nuovamente il rischio di essere autentici, di provare la vita, di amare, di perdere; accettare di prendersi cura dell'Altro, non solo di sé. Una relazione in cui sia l'Altro a dirci chi siamo e cosa possiamo, lontana dal *farsi da sé*. I poeti devono (tornare a) occuparsi di parlare agli altri, di essere compresi, dicendo le cose con passione.

L'etica è quando ci importa di cambiare, cambiare la realtà, migliorare le relazioni, migliorare le condizioni di vita, quando ci si rallegra di stare insieme, quando aspiriamo a restare nella memoria degli altri.



EVENTO FEDERSERD MACRO AREA CENTRO

UN PAZIENTE UNICO

La collaborazione ed i progetti di SerD con enti accreditati esperienze nel sistema toscano

FIRENZE

Sala Convegni Grand Hotel Adriatico
Martedì 10 dicembre 2024

PROGRAMMA

- 9.30 **Presentazione del Convegno**
Antonella Manfredi (Prato) e Paola Trotta (Firenze)
- 9.45 **Saluti Autorità**
Sono stati invitati:
Assessore Regione Toscana Diritto alla Salute e Sanità - Simone Bezzini
DG Sanità Toscana - Federico Gelli
Sindaca Comune di Firenze - Sara Funaro
DG USL Centro - Valerio Mari
Direttore Dipartimento SMD - Marco Armellini
Abate di San Miniato al Monte - Dom Bernardo Gianni
- 10.15 **Nuove forme di dipendenza, nuove sostanze, aspetti dell'integrazione**
Antonella Manfredi (Prato)
- 10.25 **Strumenti di collaborazione tra i SerD e le Comunità Terapeutiche, PTRI e Progetti**
Fabrizio Fagni (Pistoia), Paola Trotta (Firenze)
- 10.45 **Quali nuove risposte CT in integrazione con i SerD**
Presidente CEART - Rosaria Benericetti (Firenze)
- 10.55 **I Dati della Regione Toscana e la visione Italia**
Fabio Voller (Firenze)
- 11.10 **Nuove sostanze psicoattive e fentanili**
Guido Mannaioni (Firenze)
- 11.35 **COFFEE BREAK**
- 11.50 **Le terapie farmacologiche della dipendenza da oppiacei e da alcol: perché non siamo un mondo normale?**
Marco Riglietta (Bergamo)
- 12.15 **Integrazione fra Clinica, Università, Enti Accreditati**
Caterina Primi (Firenze), Adriana Iozzi (Firenze), Giuseppe Iraci (Pistoia)
- 12.30 **La clinica degli adolescenti**
discussant: Marco Becattini (Arezzo)
Roberta Balestra (Firenze)

- 12.55 **Le difficoltà del Carcere**
discussant: Maurizio Varese (Massa Carrara)
Grazia Di Bello (Firenze)
- 13.10 **LIGHT LUNCH**
- 14.00 **Interventi e progetti integrati pubblico-privato e rete sociale**
- Gli interventi per la Cronicità**
- **Gli Appartamenti**
Barbara Tesi (Prato), Maria Stagnitta (Firenze)
 - **Abitare supportato**
Stefano Scuotto, Oretta Giraldo (Empoli)
- Gli interventi individualizzati**
Donella Posarelli, Elisabetta Basagni (Firenze)
- Gli interventi espressivi**
Cinzia Filippini (Firenze)
- I Minori e i Giovani: percorsi di integrazione tra pubblico e privato sociale**
Sofia Malandrini (Sesto Fiorentino) - Stefano Superbi (Firenze)
- Alcoldipendenza e Comunità terapeutiche brevi**
discussant: Allaman Allamani (Firenze)
Laura Calviani, Luca Maggiorelli (Firenze)
- Progetti per i Consumatori**
Francesca Zatteri (Firenze) - Paola Trotta (Firenze)
- Inserimenti socio terapeutici in ambito lavorativo**
Sandra Bacci, Davide Pastori,
Nicola Lavorini (Pistoia)
- 17.00 **Take Home a message e chiusura Convegno**

COD OB - 02 - Linee guida - protocolli - procedure
Codice Evento 908-432729

CREDITI ECM

Il Convegno è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico chirurgo (tutte le specializzazioni), psicologo, infermiere, farmacista, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sanitario, biologo - n. 4,2 crediti formativi per n. 6 ore formative.**

Verrà richiesto accreditamento anche per la figura dell'**assistente sociale** secondo l'Ordine di riferimento.

L'iscrizione, sia gratuita che a pagamento, è da effettuarsi ONLINE connettendosi al sito www.expopoint.it o www.federserd.it e selezionando l'evento di riferimento.

INFO

EXPPOINT
CONFERENZE E EVENTI ONLINE
www.federserd.it
www.expopoint.it
federserd@expopoint.it



PROMUOVE

FOCUS SU DISTURBI DEPRESSIVI, SCHIZOFRENIA E CONSUMO DI SOSTANZE

PRINCIPI DI TRATTAMENTO E STRATEGIE INTEGRATE

FAD ECM ASINCRONA

ONLINE DA LUNEDÌ 9 SETTEMBRE 2024
A DOMENICA 31 AGOSTO 2025

LE DIECI COSE
DA SAPERE

1° modulo

1 GIORGIO SERIO

Introduzione al corso: metodologia e obiettivi

2 ANDREA FAGIOLINI

- I Disturbi Depressivi: Epidemiologia e configurazioni cliniche
- La dimensione depressiva in adolescenza
- Emotional Blunting

3 MARIA LUISA GRECH

- La dipendenza da sostanze come sindrome complessa e nuovi stili di consumo

2° modulo

4 MARCO DI NICOLA

- I Disturbi depressivi dell'età adulta. La traiettoria depressiva nella storia naturale della dipendenza patologica:
- Il ruolo della depressione nella ricaduta nell'uso e nello strutturarsi di una condizione di dipendenza

5 SERGIO DE FILIPPIS

- Il trattamento farmacologico dei disturbi depressivi nelle persone con dipendenza da sostanze
- L'importanza del trattamento integrato del disturbo depressivo e della dipendenza da sostanze
- Utilizzo di terapie sostitutive associate con terapie antidepressive

3° modulo

6 GILBERTO DI PETTA

- Nuove sostanze psicoattive: nuove dimensioni psicopatologiche

7 GIOVANNI MARTINOTTI

- Storia naturale dei Disturbi Schizofrenici
- Esordio precoce della schizofrenia e consumo di sostanze
- Il rischio di transizione dalle psicosi indotte da sostanze alla schizofrenia

8 GIOVANNI MARTINOTTI

- Gli obiettivi terapeutici nella gestione degli esordi psicotici. Doppia diagnosi, doppi problemi

4° modulo

9 SERGIO DE FILIPPIS

- Nuove prospettive nel trattamento della schizofrenia e della comorbidità per Disturbo da Uso di Sostanze
- Il ruolo degli agonisti parziali nella fase acuta schizofrenica e nell'avvio del trattamento di un paziente schizofrenico
- La terapia di mantenimento a lungo termine

10 EDOARDO COZZOLINO

- I trattamenti con farmaci agonisti a lunga durata. Ricadute organizzative e cliniche sui servizi e sui pazienti a doppia diagnosi

CONCETTINA VARANGO

- La gestione del paziente in DD con trattamenti concomitanti (per entrambi i disturbi): indicazioni, avvertenze, sinergie

Sessione Conclusiva

GIORGIO SERIO

- Le 10 cose da sapere: depressione, schizofrenia e consumo di sostanze

INFORMAZIONI

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Dott. Alfio Lucchini

Dott. Giorgio Serio

OBIETTIVO FORMATIVO 2 Linee guida - protocolli - procedure

ID ECM 2091 - 422389

n 13 ore formative - n. 13 crediti ECM

PROVIDER ECM Expopoint n 2091

DESTINATARI - TARGET RIFERIMENTO

La FAD ASINCRONA è accreditata ECM per le seguenti figure professionali: MEDICO CHIRURGO (tutte le specializzazioni), INFERMIERE, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

La partecipazione è gratuita previa iscrizione online connettendosi al sito www.expoinpoint.it e selezionando l'evento di riferimento.

Per chi non è ancora registrato alla piattaforma Fad Expopoint è necessaria una prima registrazione accedendo a: <https://formazioneadistanza.expoinpoint.it>

Si ricorda ai partecipanti che la modalità di FAD ASINCRONA prevede, per il rilascio della certificazione dei crediti ECM, la frequenza dei 4 moduli e la compilazione del questionario di apprendimento (superamento con percentuale non inferiore al 75% del totale delle domande).

Il questionario sarà accessibile dopo la conclusione del corso, insieme al questionario di gradimento.

L'attestato di partecipazione sarà rilasciato al termine del corso e, solo dopo la compilazione e il superamento del questionario di verifica ai fini ECM, sarà possibile stampare l'attestato con il rilascio dei crediti formativi acquisiti.

PROVIDER N. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi



Via Matteotti, 3
22066 Mariano C.se - Co



Tel. 031 748814
fax 031 751525



segreteriacongressi@expoinpoint.it
www.expoinpoint.it

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO



ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



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

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>

RCP ALCOVER



Visita il sito per rimanere aggiornato su tutti gli eventi formativi e le iniziative della federazione

www.federserd.it

Scan Me!

XIII CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

ROMA
9 | 10 | 11
OTTOBRE
2024

Dipendenze:
Le dimensioni del fenomeno,
l'efficacia dei percorsi di cura
Nuovi Trattamenti, nuovi Servizi

Centro Congressi Holiday Inn Roma Parco Dei Medici

Consulta l'ultimo numero di

con tutti gli Abstract pervenuti in occasione del

XIII Congresso Nazionale FeDerSerD

tenutosi a Roma il 9-10-11 ottobre 2024

aderente a:

Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Roberta Balestra (presidente)
 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 2025 - 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 2025

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2025

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 _____

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
 In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.
 (Edizione fuori commercio).