

Editoriale
Rilancio dell'Italia. Una nuova stagione per i Servizi delle Dipendenze 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Costo-beneficio del trattamento con i farmaci antivirali ad azione diretta nei consumatori di sostanze con epatite C: una valutazione del percorso di *point of care*
Felice A. Nava, Lucia Trevisi, Alfio Lucchini 8

Z Houses. Nuovi servizi dedicati ai giovani nel Dipartimento Dipendenze della ASL Napoli2Nord
Vincenzo Lamartora 19

Confronto clinico e psicodiagnostico tra pazienti affetti da disturbo da uso di oppiacei, affetti da disturbo bipolare e pazienti affetti da entrambe le patologie, in trattamento
Maria Rosaria Villani, Marco Pascucci, Giovanni Barone, Matteo Giordano, Angelo De Giorgi 26

Prison health is a public health: Management of Sars-CoV-2 outbreak in an Italian prison
Valentina Grigolin, Massimo De Mari, Elena Dinelli, Laura Marcolongo, Salvatore Montalto, Giordano Bruno Padovan, Gjergji Pojani, Fabiola Zorzi, Patrizia Orcamo, Felice Alfonso Nava 32

SCIENZA E SOCIETÀ

La caccia oggi è una dipendenza patologica?
Ugo Corrieri 36

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Psicoterapia e dipendenze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica
Antonietta Grandinetti, Francesco Grieco 40

Carcere e trattamento di gruppo di detenuti con dipendenza da sostanze: l'esperienza dello psicodramma analitico abbinato al test proiettivo di personalità e alla musicoterapia
Daniela Barbini, Annalisa Pistuddi, Rachele Desiato, Jacopo Calderaro 62

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Dipendenze epistemiche
Maurizio Fea 4

La Finestra
Luca di Sanseverino 6

RECENSIONI 5, 7, 72

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso Nazionale FeDerSerD 18

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

Rilancio dell'Italia. Una nuova stagione per i Servizi delle Dipendenze

FeDerSerD è intervenuta più volte ai livelli istituzionali per dare un contributo alle azioni di presa in carico e cura delle dipendenze, di sistema e con le priorità.

Il sistema di intervento sulle dipendenze in Italia è in grave crisi da circa quindici anni per la contrazione delle risorse.

Il personale che lavora nei Ser.D. ha in carico un numero di pazienti, circa 300.000, troppo numeroso rispetto alle risorse disponibili.

La priorità assoluta è ripristinare le risorse per le attività fondamentali, quelle correnti, già a lungo sperimentate e validate nella loro efficacia, evolutesi negli anni, considerate la parte fondamentale di un sistema di intervento in assoluto tra i migliori e i più efficaci in termini di costi/risultati del mondo.

Ripristinare gli organici dei Ser.D. e adeguarli ai bisogni e alle richieste di salute della popolazione.

Una misura strutturale che a partire dal decreto "Cura Italia" punti ad una dotazione dei Ser.D. nelle Aziende Sanitarie incrementata del 35%. *Adeguare le strutture dove svolgere le attività dei Ser.D., per renderle funzionali agli interventi multidisciplinari e al contributo dei pazienti, dei famigliari e delle organizzazioni sociali.*

Garantire normativamente che in tutte le Regioni italiane il sistema pubblico dei Servizi per le Dipendenze sia organizzato in Dipartimenti, strutturali e autonomi, modello di gestione per un migliore governo clinico in sanità e un coordinamento delle azioni del sistema di intervento nel territorio di riferimento.

FeDerSerD è contraria a spendere le risorse del Recovery Fund, trascurando gli elementi portanti del sistema attuale, per progetti sperimenta-

- **Revisione sistematica "Esperienza post-marketing e di sicurezza clinica con sodio oxibato per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol e il mantenimento dell'astinenza in soggetti alcol-dipendenti"**
Presentazione ragionata a cura di Alfio Lucchini
- **Fare Cura attraverso la rete: il caso di Eleonora**
Annamaria Martinelli, Margarita Tyropani, Andrea Materzanini
- **I gruppi di motivazione al cambiamento per gli alcol-dipendenti**
Martina Ceccarini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 31

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XV, 2021 - N. 55

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

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

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale
Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

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

Chiuso in redazione il 15/06/2021

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



li e comunque per progetti a termine, continuando ad alimentare in tal modo una linea di indirizzo tanto clientelare quanto inefficiente.

Al contempo è ormai indifferibile ripensare ai fondamentali che hanno sostenuto il testo unico 309/90, per confermarli, ovvero aggiornarli, ove necessario cancellarli, e per introdurre nuove istanze maturate in questi 30 anni.

La indicazione degli elementi fondamentali su cui costruire un più moderno sistema di intervento, anche usando le competenze e le risorse maturate nel tempo, non può che essere preliminare alla individuazione delle azioni necessarie per costruire un Nuovo Sistema di Intervento sulle dipendenze.

È all'interno della riflessione che si sta facendo sull'importanza della Sanità Territoriale che FeDerSerD intende dare il suo contributo, individuando i temi fondamentali su cui concentrare una revisione legislativa.

I servizi sanitari e sociosanitari del Paese si devono occupare dei malati, con azioni di accoglienza, diagnosi, cura e reinserimento, contribuendo alla promozione della salute e alla prevenzione, con interventi basati sulle evidenze. La cura deve continuare ad essere volontaria, gratuita, ad accesso diretto.

Il Sistema di Intervento deve essere in grado di generare una offerta dei Servizi che miri ad una presa in carico precoce e che sia tanto ampia da soddisfare bisogni molteplici, tra i quali la necessaria continuità terapeutica.

Gli interventi debbono differenziarsi per intensità e complessità di cura.

In tal modo si realizza un intervento terapeutico personalizzato articolato in fasi, diverse per intensità, per attori del trattamento, per sedi operative, coerenti tra loro in relazione agli obiettivi di cura da raggiungere.

Un asse portante del nuovo Sistema di Intervento deve essere la capacità di realizzare efficacemente la integrazione socio-sanitaria, tenendo ben presente che a volte è necessario un accompagnamento continuativo per lunghi periodi.

È necessario definire le procedure e gli spazi per i trattamenti multidisciplinari e integrati; rivedere il rapporto tra Enti Ausiliari, volontariato e sanità pubblica; attivare posti letto di medicina delle dipendenze; riconsiderare il lavoro delle Prefetture. I Ser.D. debbono integrare la loro azione col sistema delle altre cure territoriali, dai distretti socio sanitari ai MMG; alle strutture specialistiche aziendali a cominciare dalla psichiatria e dalle malattie infettive.

Bisogna attivare centri a bassa soglia di accesso e organizzati in base alla fase evolutiva del paziente. *La disciplina delle dipendenze non è attualmente prevista nei percorsi formativi universitari e post laurea: è necessario un investimento specifico e l'inserimento della disciplina di "clinica delle dipendenze" nel nostro ordinamento e della scuola di specializzazione in medicina di "clinica delle dipendenze", tenendo ben presente che il tema delle dipendenze deve entrare a far parte dei contenuti curriculari, formativi e di aggiornamento di varie discipline non mediche, con percorsi di formazione continua per le diverse figure professionali che costituiscono le équipes dei Ser.D.*

Ma ora serve concretezza nella applicazione del PNRR!

Tutte le proposte formulate devono divenire piani esecutivi e dettagliati e seguire un percorso virtuoso.

Per una sanità moderna che risponda ai bisogni dei cittadini proponiamo una **Road Map** che parta dagli investimenti preliminari necessari e giunga poi, con gli strumenti democratici e partecipativi previsti, ai cambiamenti normativi.

Si arrivi ad una Conferenza nazionale, negata da 12 anni, per produrre, partendo dalla realtà del sistema di intervento, gli elementi utili al legislatore, come recita la legge 309.

Si attivi la Consulta degli esperti e degli operatori sociali, prevista dalla legge 309 ed ignorata da 11 anni.

Le recenti disposizioni del Governo con ben due deleghe per il settore, una al Sottosegretario alla Salute Costa per le competenze sociosanitarie e un'altra alla Ministra Dadone per le politiche antidroga, possono essere interpretate come una ripresa di interesse della politica al tema.

Chiameremo tutti gli operatori a sottoscrivere un Manifesto Programmatico su questi principi.

Publicato online: 08/07/2021



MOLTENI[®]

FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License.

For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Contaminazioni

Maurizio Fea

Dipendenze epistemiche

Ci sono almeno due buone ragioni per introdurre questo concetto nel patrimonio teorico delle dipendenze.

La prima è che si dovrebbe saper argomentare su le diverse questioni che riguardano l'uso della parola dipendente/dipendenze anche se non necessariamente connesse con il campo disciplinare clinico, perché l'ecosistema semantico delle dipendenze, molto più largo di quello strettamente clinico, può offrire osservazioni e argomenti utili a ripensare l'uso che solitamente si fa di questa categoria non solo in ambito strettamente clinico.

Riprenderò l'argomentazione in conclusione.

La seconda ragione, molto più contingente, che la pandemia Covid ha mostrato con tutta evidenza e problematicità, è che la dipendenza epistemica ha mostrato pienamente il ruolo che svolge e continua a svolgere nelle controversie ed i conflitti di idee e di azioni/comportamenti, manifestate in questo anno e mezzo di pandemia, sia nel mondo degli esperti che in quello dei profani.

Il concetto di dipendenza epistemica è stato proposto e discusso dal filosofo americano John Hardwig in un articolo pubblicato nel 1985, al quale sono seguiti interventi critici e di approfondimento da parte di altri filosofi.

Dunque è un concetto che viene dalla filosofia, non dalla clinica, che genera ampi effetti di ricaduta in tutti i campi del sapere.

In sostanza l'argomentazione di Hardwig parte dalla osservazione che noi non siamo in grado di sostenere il grado di veridicità di gran parte delle nostre conoscenze, se non facendo riferimento a qualche competenza esperta di altre persone delle quali ci fidiamo perché pensiamo/sappiamo, che sono competenti nella tal materia e pertanto riteniamo, sappiamo, che dispongano delle evidenze che giustificano la tale conoscenza/affermazione.

Per esempio, credo che il diabete mellito sia a volte causato da infezione virale; che la mia scrivania antica sia stata costruita tra il 1895 e il 1900; che Urano abbia almeno quattordici lune; che la marijuana crei meno dipendenza della cocaina; e così via.

Credo a queste cose, ma non posseggo alcuna personale evidenza di ciò.

Piuttosto, fondo queste credenze facendo appello ad altri – esperti – che, ho motivo di credere, hanno essi stessi prove per queste convinzioni.

L'argomentazione di Hardwig chiama in causa la relazione tra razionalità e conoscenza, con implicazioni che riguardano il processo e l'ontologia della conoscenza, il ruolo della educazione e dell'insegnamento ed altre osservazioni che lascio da parte perché esonderebbero dagli spazi di questo articolo.

Mi limito a considerare una sola delle questioni aperte dal concetto di dipendenza epistemica: quella del rapporto tra esperto e profano su un numero molto considerevole di questioni, e secondariamente del rapporto tra esperti nella costruzione del sapere e competenza disciplinare. L'argomento di Hardwig è che tutti siamo profani rispetto a molta parte delle cose del mondo scientifico e la maggior parte delle persone lo è riguardo alla totalità delle cose del mondo scientifico, e si trova inevitabilmente nella condizione di dipendenza cognitiva da altri (persone, campi del sapere).

Quando è stato scritto l'articolo quasi 30 anni fa la rete internet era ancora agli albori e il campo di conoscenze disponibili alquanto limitato rispetto alla attuale diffusione, tuttavia la questione della dipendenza rimane e forse ancora più aggravata dal fatto che ora è sì possibile avere accesso a miliardi di informazioni su di un argomento, ma il tutto è reso complicato dalla difficoltà di asseverare e valutare se le cosiddette "fonti" sono attendibili, ovvero se dispongono delle evidenze di verità.

Hardwig non pone la questione della fiducia e neanche gli altri filosofi che sono intervenuti nel confronto mi pare che la pongano, quantunque a me sembri importante, forse più della razionalità che appare cruciale agli occhi dei filosofi.

Dunque la dipendenza cognitiva è la chiave interpretativa del rapporto con buona parte della nostra conoscenza e Hardwig risolve concludendo così l'articolo¹ (traduzione mia) "Dobbiamo riconsiderare la nostra concezione di cosa significa per le persone e per le credenze essere razionali... che si può conoscere senza possedere le evidenze che supportano la conoscenza, oppure accettare l'idea che c'è un sapere conosciuto dalla comunità ma non da un singolo sapiente".

Questa conclusione, accettata anche dalla maggior parte dei suoi critici, giustifica ed incoraggia la posizione cooperativa che in generale i ricercatori stanno adottando diffusamente (ricordate le polemiche feroci tra Luc Montagnier e Robert Gallo a proposito dell'Hiv) riguardo alla paternità delle scoperte, ma dall'altro lascia insoluto il tema del rapporto tra le conoscenze profane e le competenze scientifiche, ipotizzando che ci sia razionalità sia nel fare riferimento a sé per alcune questioni, sia nel riconoscimento della dipendenza epistemica, verso il sapere esperto.

Abbiamo tutti notato nel corso della pandemia che sia coloro che sostengono la natura virale del disastro in corso, sia gli scettici con opinioni e posizioni controverse, ricorrono ad argomentazioni e supporti documentali di carattere scientifico o presunto tale (nel caso degli scettici).

Il comune sentire anche di chi della scienza si fa apertamente beffe, riconosce forse a malincuore, che per argomentare efficacemente su cose come la salute o la minaccia climatica, è necessario fare riferimento a chi le cose le sa, ovvero a chi è o sembra in grado di mostrare quali sono le evidenze che giustificano l'asserzione di verità di una proposizione.

Abbiamo assistito, con un po' di inquietudine e di fastidio, a confronti e dibattiti surreali tra profani di tutti i generi, che chiamavano in causa, sventolando magari carte e citazioni di articoli scientifici, esperti vari per sostenere le proprie idee in materia di infezioni, malattie, cure, prevenzione, esibendo sporadicamente l'armamentario potente del numero e della statistica, inopinatamente branditi come rasoi di Occam per tentare di mettere fine alle controversie.

Dunque la dipendenza epistemica viene sì accettata più o meno consapevolmente e più o meno onestamente, ma non risolve il nodo critico della asserzione vera, ovvero la capacità del profano di riconoscere la qualità delle evidenze che giustificano le affermazioni e le credenze.

A chi faccio riferimento per sapere se ciò che penso sia vero o no, se cerco conferme e supporti come riconosco la qualità di una ricerca scientifica se non dispongo delle competenze per interpretare e valutare prima la metodologia e poi i risultati.

Qui entra dalla finestra del ragionamento filosofico la questione della fiducia che non è stata presa in considerazione, così come la reputazione che della fiducia è l'alter ego.

Se non si pone la questione di fiducia il rischio è quella di una riduzione ad absurdum, in una catena pressoché infinita di rimandi ad altro, perché la maggior parte delle conoscenze che riteniamo di possedere in realtà si fondano su elementi spesso parziali, incompleti che per essere considerati veri richiedono sempre il rimando e la referenza ad altro che non è nel nostro bagaglio conoscitivo.

Tra i ricercatori e gli uomini di scienza questo bias si riduce notevolmente, perché in generale, sebbene sia sempre più parcellizzata, le competenze scientifiche di buona qualità sono anche ampie ed articolate, ma già nel passaggio successivo dagli uomini di scienza agli uomini meccanici che applicano le conoscenze scientifiche, il bias epistemico può andare facilmente fuori controllo e fare imboccare strade sostanzialmente errate o false.

Certo l'obiezione che il metodo scientifico può mettere al riparo da questi rischi è indubbiamente vera ma non assoluta; gli imbroglioni ci sono in tutti i campi e l'imbroglia a volte dura così a lungo da creare vere e proprie scuole epistemiche false che prosperano a lungo prima di venire smascherate ed anche quando lo sono lasciano apostoli e chiese che alimentano e diffondono panzane e falsità.

Queste brevi e sintetiche osservazioni sfiorano appena l'enorme tema del come si fa scienza, con quali finalità, risorse, metodi, valori, quindi non vado oltre e riporto la questione al tema originario della dipendenza e della necessità di riconoscerne il peso, il valore, il rischio per riuscire a gestire con onestà intellettuale la miriade di stimoli, informazioni, proposte, indicazioni, strategie proposte da fonti più disparate riguardo al campo disciplinare delle dipendenze. Va riconosciuto che singolarmente abbiamo davvero poche possibilità di controllare la veridicità della maggior parte delle informazioni e notizie che la letteratura, emeriti professionisti, gruppi di potere, mettono a disposizione.

Dunque la funzione di una comunità scientifica diventa enormemente importante e la responsabilità di essere soggetto conoscitivo per molti e grazie a molti è fondamentale e va gestita con sapienza, onestà e prudenza.

Per concludere riprendo quella che ho indicato come la prima ragione, non necessariamente la più importante, per interessarsi al concetto di dipendenza epistemica, ovvero ampliare lo sguardo sulla categoria dipendenze.

La tendenza delle neuroscienze che si affannano a spiegare le dipendenze come un dato naturalistico, mi pare che abbia alterato le caratteristiche di un concetto che certamente ha a che fare con il complesso macchinario biologico della assegnazione di valore alle cose, che riconosce il piacevole ed il vantaggioso e induce alla esplorazione prima e ripetizione poi di emozioni, esperienze, attività gratificanti.

Ma la dipendenza epistemica dice qualcosa di più, dice che la dipendenza non si genera solo grazie ad un processo di riconoscimento delle salienze con una base naturale che può essere amplificata e governata chimicamente.

Richiama al fatto che la dipendenza ha come fondamento una idea di relazionalità tra le cose e le persone, la cui base naturalistica se esiste, ha a che fare più con i limiti biologici della natura umana che con i processi di incentivazione culturalmente indotti per alimentare il macchinario del reward con una varietà sempre maggiore di carburanti che arricchiscono un numero molto limitato di soggetti e ne impoveriscono milioni di altri.

Ci impone di ripensare ai limiti biologici che assicurano cose buone e sopravvivenza grazie a sistemi di relazioni che si fondano esattamente sul fatto di dipendere, come ad esempio la dipendenza dall'ossigeno per la respirazione di cui non si può fare a meno e altre cose come la conoscenza, che sebbene meno indispensabile per la vita, la rende interessante e ricca.

Per le finalità cliniche probabilmente l'attuale modello epistemico di dipendenza rimane utile, almeno per un certo numero di aree patologiche come quelle chimicamente indotte, ma per le altre aree sempre più numerose che si stagliano all'orizzonte forse è il momento di ripensare a fondo le origini e le evidenze del costruito, e non limitarci a fare riferimento ad un patrimonio ristretto di esperti, dai quali dipendiamo epistemicamente sempre più.

Note

1. Hardwig J. (1985), "Epistemic Dependence", *The Journal of Philosophy*, Vol. 82, No. 7 (Jul): 335-349.

Pubblicato online: 08/07/2021

RECENSIONE

Marco Faillace

Tossicomanie, legislazione e recupero della persona

Editore: Cerco Edizioni, Milano, 2020



Il volume intende colmare in parte un vuoto di conoscenze ed esperienze a livello nazionale nell'ambito delle normative legislative vigenti in materia di responsabilità penale e civile derivante dall'uso/abuso di sostanze stupefacenti e comportamenti devianti di addiction.

Particolare attenzione è stata posta per chiarire aspetti normativi legati alla violazione degli articoli del codice della strada per guida sotto effetto di alcool e droghe.

La dipendenza da sostanze è presente per fasce di età e nei vari ambiti del contesto quotidiano riguardanti gli aspetti legislativi dovuti alle violazioni connesse, e sono quasi duecentomila i processi in corso attualmente in pendenza di giudizio per reati legati all'uso di droghe ed alcool.

Il testo comprende una visione ampia e pluridisciplinare sia della storia della legislazione sulle droghe sia sui contributi di discipline quali la medicina, la psicologia, la psicoanalisi, l'antropologia della comprensione dei fenomeni di addiction.

Marco Faillace, avvocato, si è laureato in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi Kore di Enna con ottima votazione, con tesi sperimentale in Criminologia dal titolo "Tossicomanie e recupero". Praticante presso un prestigioso Studio Legale Associato di Alcamo specializzato in diritto penale ed amministrativo. Ha conseguito un Master in Scienze Economico-Giuridiche presso l'Università Dante Alighieri di Reggio Calabria. Ha conseguito l'abilitazione alla Professione Forense ed esercita la professione Legale nel foro di Trapani.

La Finestra

Luca di Sanseverino

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

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

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

L'agnellino del collezionista

L'uomo normale vuole possedere gli oggetti per usarli, per lavorare o arrembiare con essi, per manipolare la realtà. E quando non gli servono più, se ne libera senza problemi, vendendoli o gettandoli via. Non si chiede se l'oggetto sia unico o vi siano altre persone che ne hanno uno uguale.

Il collezionista invece vuole possedere gli oggetti essenzialmente per il solo piacere del possesso. È vero che di tanto in tanto li guarda, li ammira, li accarezza con le dita. Ma difficilmente li usa.

Il piacere del collezionista consiste nel sapere di avere un determinato oggetto. A volte non osa neanche toccare o guardare gli oggetti della collezione. Ciò che gli interessa è sapere di avere queste cose e, possibilmente, di sapere che nessun altro ne è in possesso. E questo è uno degli aspetti che ne può rendere moralmente poco gradevole la figura.

Spesso il valore di un oggetto non dipende dalla sua bellezza, ma dalla sua rarità, cioè dal fatto di poter offrire solo a pochi il piacere di possederlo.

Per questi motivi i collezionisti sono soggetti a fobie e compulsioni: la paura dei furti, il timore dei danneggiamenti, la ripulsa del pensiero che vengano alla luce, per misteriosi motivi, altri esemplari del suo oggetto, l'ossessione degli acquisti.

La paura dei furti e dei danneggiamenti induce i collezionisti a nascondere i loro presunti tesori gelosamente in scatole, armadi, cassetti o addirittura a procurarsi due esemplari uguali dello stesso oggetto. Il timore di danni gli impedisce quasi di avere contatti con l'oggetto. Involucri di una o due scatole uno dentro l'altro, eventualmente imbottite, eventuali pinzette e altri attrezzi, rendono così laboriosa l'estrazione dell'oggetto dal suo nido che il povero collezionista spesso vi rinuncia e si accontenta di guardare l'esemplare su un catalogo. La possibilità di esporre gli esemplari in una vetrina antipolvere sarebbe l'ideale, ma bisogna assicurarsi che siano sempre chiuse a chiave e bisogna disporre di molto spazio. E c'è anche da considerare l'azione della luce, che, con gli anni, tende ad alterare i colori originari.

L'opera del collezionista poi è tendenzialmente infinita e lo tiene in un perenne stato di inappagamento e di insoddisfazione. Esaurire una tematica di collezionismo è spesso impossibile perché esiste sempre un esemplare raro, prodotto in pochi pezzi, il cui reperimento è fortunoso o troppo costoso.

Per esempio, riguardo al collezionismo ferroviario, una volta posseduti tutti i modelli di locomotive a vapore di una compagnia ferroviaria, può nascere il desiderio di collezionare i modelli di locomotive elettriche.



Una volta posseduti tutti i modelli di locomotive elettriche di una compagnia ferroviaria, può nascere il desiderio di raccogliere modelli diesel. Inoltre, esaurita una tematica, c'è la tentazione di passare a una tematica contigua.

Una volta posseduti tutti i modelli di automobili di una casa costruttrice, può nascere il desiderio di collezionare i modellini di altre case.

Insomma, come tutte le attività che si basano sull'aver e non sull'essere, come tutte le attività che si basano esclusivamente sugli oggetti materiali e non su valori morali o spirituali, il collezionismo tende a mantenere l'uomo lontano da quello stato di appagamento e serenità di cui avrebbe bisogno.

(Ad essere pignoli si può dire che esistano anche un collezionismo culturale e un collezionismo spirituale, i cui adepti fanno a gara nel coltivare e nell'ostentare esoteriche e frivole conoscenze e malintese virtù. Ma per questa volta mi asterrò dal trattarne).

Forme elementari di collezionismo sono diffuse anche fra i bambini. Alcuni di loro collezionano molti esemplari uguali di uno stesso oggetto che piace loro. Forse per il timore di perdere l'oggetto originario o per il piacere di possedere qualcosa di esclusivo e personale, un piccolo tesoro. Gli oggetti collezionati non necessariamente sono belli e costosi, ma hanno qualcosa che stimola il senso primordiale del possesso e colpisce l'immaginazione: diventano oggetti magici.

Infine gli oggetti di una collezione riproducono un piccolo mondo fittizio, che si piega ai nostri desideri, contrariamente al mondo reale che ha le sue leggi ferree che limitano i desideri e le aspirazioni sia dei bambini che degli adulti.

Spesso questi oggetti si umanizzano: suscitano pena quando si rompono o si danneggiano, per cui si crea un legame affettivo fra il bambino (o anche l'adulto) e l'oggetto.

I genitori e i nonni mi hanno detto che in un periodo dell'infanzia collezionavo bottiglie e in un altro cacciavite, che di notte riponevo sotto il cuscino.

Ricordo poi che tanti anni fa mio padre mi portò dalla Sicilia un bellissimo dolce: *un agnello di marzapane*. Il manto era marrone, di scorzette di cioccolato. Il petto e la testa erano bianchi. Accovacciato sulle zampe anteriori, aveva un'espressione tenerissima e reggeva un vessillo con una croce. Chiuso in una scatola trasparente, irradiava il fascino della bellezza, il timore reverenziale della perfezione e la tenerezza della sua fragilità.

A casa mi invitarono subito a gustare il dolce, ma io trovavo sempre pretesti per rimandare il momento. I giorni passavano e io mi rifiutavo di tagliare a pezzi e mangiare l'agnellino. Neanche la Pasqua mi convinse a dare ascolto ai genitori e ai nonni, che mi dicevano che l'agnello avrebbe fatto una brutta fine. Qualche mattina dopo infatti, quando mi affacciai alla vetrina dove era custodito, con terrore lo vidi trasformato in una massa nera brulicante di formiche. Piansi amaramente per lo schifo e per il dolore. Un senso di stupidità universale mi invase. Qualcuno cercò di consolarmi, qualcuno rise di me, pronosticandomi un futuro di perdente che, almeno in parte, si sarebbe avverato.

Un altro Ulisse

Come Odisseo,
un giorno ho lasciato la mia casa
e ho solcato, con la mia barca, le acque
verdi, azzurre e viola del Mediterraneo.
Ben diverso però fu il mio viaggio
da quello dell'eroe di Itaca.
Le spiagge e le coste sulle quali sbarcavo
non erano abitate da ninfe
che si bagnassero ignude nelle acque di perla.
Né da fanciulle che, sul bagnasciuga,
si dilettaessero del gioco della palla
(carezzati i teneri piedi dall'eterno ritorno
di dolci piccole onde).
Bensì da incolte e aggressive tribù,
da insocievoli e miseri pescatori,
da contadini dall'animo ottuso.

E così, ormai prossimo alla vecchiezza,
feci ritorno alla terra natia.
Esacerbata dalla mia assenza,
turbata dalle mie membra prosciugate
e dalla mia anima abbruttita,
la mia donna alienò da me il suo sguardo.
I figli, abbandonati da un padre vile e fuggitivo,
da anni vivevano altrove,
in isole non disertate da benevoli dei.

Meditazioni dell'altro Ulisse

Quando fece ritorno a Itaca,
era Odisseo
fortificato nell'anima
dall'incontro con saggi regnanti
e filosofi di sconosciute dottrine.
E rafforzato nel suo orgoglio virile
dall'amore di nobili e leggiadre fanciulle.
Io invece,
nel mio lungo e triste navigare,
non suscitai amore
in nessuna donna o dea o ninfa.
Né mai ebbi l'ardire
di avvicinarmi a loro
le rare volte che
qualcuna ne intravidi
immersa nelle acque salse
o al di là di un canneto.
Così, alla fine del viaggio,
ebbe Ulisse la forza
di liberare dagli impostori la sua casa
e la sua isola.
E ritrovò l'amore della sua donna.
Io invece nel mio lungo strisciare
per i mari e sulle coste
non conquistai amore né sapienza.
Neanche mi rimase la dignità
di restituire volontariamente agli dei
l'inutile dono della vita.

Pubblicato online: 08/07/2021

RECENSIONE



Alfio Lucchini e Concettina Varango

Sviluppo e innovazioni nell'utilizzo della matrice cheratinica nei servizi delle dipendenze in Italia

Editore: Cerco Edizioni, Milano, 2021

L'utilizzo della matrice cheratinica nei Ser.D. vede un crescente interesse. Sicuramente a questo successo ha contribuito l'epoca di pandemia SARS-CoV-2, nella quale diventa sempre più importante il ricorso all'esame su matrice cheratinica nei Ser.D. Le indicazioni agli operatori proposte da FeDerSerD, in questo anno per la Fase 1 e la Fase 2 della pandemia, privilegiano l'utilizzo della matrice cheratinica.

Il rationale ed il vantaggio rispetto all'esame urinario sono ampiamente illustrati nel volume. Si va dal sottoporre la persona assistita ad un esame diagnostico la cui invasività di procedura è pressoché assente, all'operatore che ha la sicurezza dell'appartenenza del campione biologico ad una determinata persona, alla possibilità di alterare il campione che risulta assai difficile, all'alta specificità del test che è in grado di determinare una maggior affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di tratta-

mento, alla diminuzione della possibilità di esporsi a rischio biologico per l'operatore, con modalità di conservazione più semplice e diminuzione dei carichi di lavoro.

Nel 202 FeDerSerD e il Centro studi e ricerche CERCO hanno condotto e redatto la rilevazione presentata in questo volume: un ampio studio condotto in 4 Ser.D. italiani ad alta utenza.

Si tratta di un campione di popolazione afferente ai Ser.D sull'utilizzo di NPS - nuove sostanze psicoattive, e di altre sostanze, attraverso l'analisi della matrice cheratinica. Questo per rispondere adeguatamente ai bisogni di trattamento e verificare la consapevolezza del consumatore di NPS di aver assunto sostanze di altro tipo rispetto a quelle dichiarate. Il volume aggiorna su opportunità e ambiti di utilizzo della matrice cheratinica nei Ser.D. ed anche in altri ambiti sanitari e sociosanitari, proponendo applicazioni di grande interesse e prospettive.

Altro punto focale del volume sono le numerose esperienze di utilizzo della matrice cheratinica in numerose regioni italiane, con attenzione ad aspetti quali la relazione di cura, il rapporto costi-benefici, le caratteristiche dei pazienti, le comorbidità, gli approcci precoci agli utenti.

La convinzione è che si siano compiuti molti passi in avanti in pochi anni e aperte prospettive di grande interesse.

Alfio Lucchini, psichiatra, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta, past president nazionale di FeDerSerD. Editor in Chief dell'Italian Quarterly Journal of Addiction - Mission.

Concettina Varango, medico, specialista in farmacologia e tossicologia, direttore del Servizio delle Dipendenze della ASST di Lodi, segretario esecutivo di FeDerSerD.

📄 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

Costo-beneficio del trattamento con i farmaci antivirali ad azione diretta nei consumatori di sostanze con epatite C: una valutazione del percorso di *point of care*

Felice A. Nava*, Lucia Trevisi**, Alfio Lucchini***

SUMMARY

■ Background

Hepatitis C is a disease correlated with severe systemic consequences having elevated social and health costs. The HCV elimination is a public health concern that may be solved reaching DAAs treatment for drug users. The principal aim of this work is to evaluate the cost-benefit of a point of care for HCV treatment of drug users inside Drug abuse services (Ser.D.).

Methods

The study consists in a cost-benefit analysis able to evaluate the “return of health” induced by a point of care for a HCV treatment.

Results

The work shows that the point of care is cost-benefit in comparison with the “traditional” treatment being cost saving for the public health system.

The data suggest that the cost of the point of care is corresponding to euros 593,40 while the cost of not treatment of euros 8.679,60 (due to the direct and indirect costs of the disease).

Conclusions

The study demonstrate the point of care is an effective model of care able to reduce the barriers of treatment and to induce a “health return” in term of cost saving for the public health systems. Indeed, the work shows how the point of care may make the elimination HCV plans sustainable for the public health agencies. ■

Keywords: *Point of care, HCV treatment, Drug users, Ser.D.*

Parole chiave: *Punto di cura, Trattamento dell’HCV, Tossicodipendenti, Ser.D.*

First submission: 01/03/2021, accepted 14/04/2021

Available online: 08/07/2021

Introduzione

L’infezione da epatite C (HCV) è una delle cause più importanti di morbilità e mortalità e interessa milioni di persone nel mondo con una più alta prevalenza in Africa occidentale, in Europa dell’est e in Asia centrale.

* U.O. Sanità penitenziaria e dipendenze, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova.

** Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università di Padova.

*** Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi per le Dipendenze (FeDerSerD), Milano.

L’HCV è fra le patologie che più frequentemente portano al trapianto di fegato (Ponziani *et al.*, 2011; Ponziani *et al.*, 2017).

L’HCV è un problema di salute globale e ha un enorme impatto sia dal punto di vista sanitario che sociale ed economico.

Secondo l’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) 71 milioni di persone al mondo sono infette dall’HCV; di queste l’80% non vengono diagnosticate perché asintomatiche e il 93% non è trattato. Nel mondo più di 1.000 persone muoiono ogni giorno per HCV e 400.000 sono i decessi ogni anno per malattie epatiche correlate all’infezione (Maticic, 2018; Polaris Observatory, 2019; WHO, 2017).

L’introduzione, nella pratica clinica, dei farmaci antivirali ad azione diretta (*direct-acting antiviral agents – DAAs*) ha rivoluzionato il trattamento dell’HCV in quanto essi sono altamente efficaci e sicuri per guarire dalla malattia (Axelrod *et al.*, 2018).

Per questa ragione le terapie con DAAs sono incluse fra i farmaci cosiddetti essenziali, cioè fra quelli che hanno un interesse strategico per la salute globale.

L'OMS, nel maggio del 2016, ha dichiarato l'HCV come una delle più importanti minacce per la sanità pubblica e ha fissato entro il 2030 l'obiettivo di eliminazione della malattia nel mondo (trattando l'80% dei soggetti infetti, riducendo le nuove infezioni del 90% e la mortalità del 95%) (WHO, 2016).

L'eliminazione di HCV attraverso l'utilizzo dei DAAs è diventata, per i Governi, una delle più importanti priorità di sanità pubblica, soprattutto per le Nazioni che hanno dei sistemi sanitari pubblici (AIFA, 2019; Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014).

Le evidenze hanno dimostrato come l'introduzione dei DAAs nella pratica clinica, senza l'implementazione di modelli organizzativi specifici in grado di includere nell'accesso alle cure tutte le categorie di pazienti affetti da HCV, non sia in grado di permettere il raggiungimento dell'obiettivo di sanità pubblica di eliminazione dell'HCV e soprattutto di limitare i costi sanitari per la gestione della malattia.

In Europa nel 2017, nonostante la disponibilità dei DAAs, vi sono state 16.000 diagnosi di epatocarcinoma (HCC) e 22.500 decessi correlati all'HCV.

Gli studi dimostrano, inoltre, che in assenza di una efficace terapia eradicante dell'infezione entro il 2030 vi possano essere circa 136.000 decessi aggiuntivi, 90.000 ulteriori casi di HCC e 71.000 casi di cirrosi scompensata (Hatzakis *et al.*, 2020; Maticic, 2018; Polaris Observatory, 2019).

L'Italia appartiene ai Paesi dove l'accesso ai DAAs è garantito a tutti i pazienti HCV positivi, indipendentemente dalla gravità della malattia (AIFA, 2019).

Nonostante ciò la terapia con DAAs è ancora negata a molti soggetti HCV positivi specie se appartengono alle cosiddette *key populations* che comprendono anche i consumatori di sostanze (Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014; Molinaro *et al.*, 2019).

I dati epidemiologici suggeriscono come nei Paesi industrializzati circa 20 milioni di persone che utilizzano sostanze siano HCV positive (WHO, 2017).

Fra i consumatori di sostanze coloro che rischiano maggiormente di contrarre l'HCV sono le persone che si iniettano le droghe (PWIDs – People Who Inject Drugs) (Nelson *et al.*, 2011).

In Europa gli studi epidemiologici suggeriscono come vi siano circa 3 milioni di PWIDs, che corrispondono a circa il 67% dei soggetti HCV positivi (Nelson *et al.*, 2011).

La maggior parte dei PWIDs con HCV sono inconsapevoli di avere la malattia (Heimcabch *et al.*, 2017; WHO, 2017).

Le evidenze cliniche hanno anche dimostrato come i consumatori di sostanze rappresentino il maggiore "reservoir" dell'infezione e possano contribuire al mantenimento della malattia nella popolazione generale (Taherkhab, Farshadpour, 2017).

I PWIDs rappresentano pertanto una popolazione chiave per l'eliminazione di HCV, indipendentemente dalla gravità della malattia epatica, e dovrebbero costituire un target prioritario per il trattamento (Grebely, Dore, 2017; Martin *et al.*, 2013).

Fortunatamente i DAAs si sono dimostrati altamente efficaci e ben tollerati anche nei PWIDs e, insieme alle azioni di riduzione del danno, sono strumenti "potenti" per contribuire all'eliminazione di HCV nei consumatori di sostanze (Alimohammadi *et al.*, 2018).

Storicamente l'Italia ha la più alta prevalenza di HCV in Europa e il più alto tasso di decessi causato da HCC e cirrosi epatica.

Prima dell'arrivo dei farmaci DAAs in Italia si riportavano più di 20.000 decessi dovuti a complicità della malattia epatica cronica, nel 65% dei quali l'HCV rappresentava il principale fattore eziologico (Libro bianco della gastroenterologia italiana, 2014).

Una recente analisi condotta da *EpaC Onlus* (associazione dei pazienti con epatite) ha stimato che attualmente sono circa 300.000 i pazienti con diagnosi nota ancora da trattare, molti dei quali consumatori di sostanze (Gardini *et al.*, 2016; Gardini *et al.*, 2019).

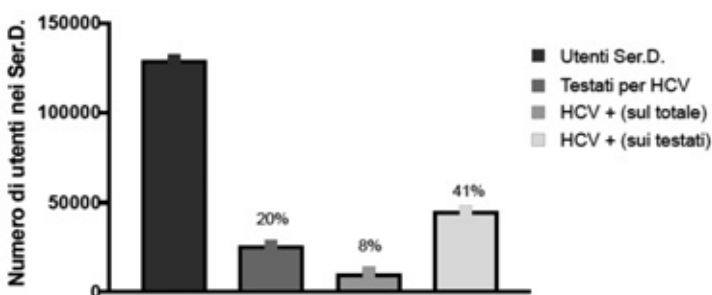
Più recentemente un interessante lavoro scientifico attraverso un apposito modello di analisi matematica, ha stimato come siano circa

410.000 i pazienti ancora da diagnosticare/*linked to care* e trattare, di cui circa 128.000 con diagnosi di cirrosi, e 280.000 con uno stadio di fibrosi F0-F3 e quindi potenzialmente asintomatici (Gardini *et al.*, 2019).

Un recente studio ha stimato come in Italia vi siano circa 280.000 pazienti con infezione da HCV asintomatici ancora da diagnosticare, di cui 146.000 avrebbero contratto l'infezione attraverso l'utilizzo attuale o pregresso di sostanze stupefacenti, circa 81.000 mediante tatuaggi o *piercing* o trattamenti estetici a rischio e circa 30.000 attraverso la trasmissione sessuale (Kondili *et al.*, 2020a).

I dati epidemiologici riferiti alla Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze del 2020 (che contengono i dati del 2019) indicano che dei 129.068 utenti in carico ai Ser.D. soltanto il 20% è stato testato nell'ultimo anno per HCV e di questi il 41% è risultato positivo (corrispondente all'8% del totale degli utenti in carico ai servizi) (Fig. 1).

Fig. 1 - Consumatori di sostanze in carico ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) che sono stati testati per HCV (Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze, 2020)



I dati dimostrano perciò come in Italia vi sia una delle più elevate prevalenze al mondo di HCV fra i consumatori di sostanze.

I dati in letteratura suggeriscono come il 60% dei consumatori di sostanze in carico ai Ser.D. potrebbero essere HCV positivi (Stroffolini *et al.*, 2012).

Poiché allo stato attuale si stima che vi siano circa 150.000 utenti in carico ai Ser.D. italiani, è verosimile credere che almeno 90.000 siano HCV positivi escludendo coloro che non sono conosciuti ai servizi e che potrebbero corrispondere al doppio di quelli conosciuti (Nava *et al.*, 2018a).

La maggior parte di questi non sono stati ancora testati, diagnosticati e/o trattati a causa dell'esistenza di importanti barriere per il trattamento (Grebely *et al.*, 2017; Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2020a).

Oggi esistono molti ostacoli che limitano il trattamento per HCV, soprattutto per le popolazioni speciali.

Fra questi i più importanti sono quelli dovuti a una mancanza di modelli e di percorsi multidisciplinari che siano *lean* e efficaci e che possano ridurre le barriere legate allo *screening* e al *linkage to care* (Konerman, Lok, 2016; Molinaro *et al.*, 2019; Nava *et al.*, 2018).

Questo limite è evidenziato ampiamente da una serie di studi che hanno dimostrato come nei Ser.D. la percentuale di soggetti trattati è ancora molto bassa (circa il 24%) (Nava *et al.*, 2020a).

A questo proposito un recente studio condotto su 5 Ser.D. ha dimostrato che solo il 36% dei consumatori di sostanze in carico ai servizi sono testati per HCV e dei soggetti positivi (corrispondenti a circa il 20% dei testati) soltanto il 60% è stato trattato con DAAs (Nava *et al.*, 2020a).

In particolare, lo studio ha dimostrato come le principali barriere siano rappresentate dallo *screening* e dal *linkage to care* e dall'impossibilità, da parte degli operatori dei Ser.D., di utilizzare test rapidi per il trattamento e di poter trattare all'interno degli servizi i pazienti che sono HCV positivi (Nava *et al.*, 2020a).

Poiché uno degli obiettivi primari dei sistemi sanitari pubblici è quello di trattare il maggior numero di individui con i più importanti fattori di rischio di trasmissione della malattia, il trattamento dei soggetti HCV positivi appartenenti alle *key populations* rappresenta uno dei più importanti obiettivi e sfide di sanità pubblica dei prossimi anni (Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014; WHO, 2017).

Alla luce di quanto premesso, i piani di eliminazione di HCV dovrebbero includere nel loro target i consumatori di sostanze in modo da ridurre il numero delle nuove infezioni (*treatment as prevention*) (Cousien *et al.*, 2016; Hickman *et al.*, 2019; Grebely, Dore, 2017; Grebely *et al.*, 2017).

Proprio per questa ragione è importante sviluppare, entro il 2030 come indicato dall'OMS, dei piani di eliminazione di HCV inclusivi di tutte le categorie di pazienti affetti dalla malattia che siano sostenibili, anche in termini di costi, da parte dei sistemi sanitari pubblici.

La pandemia da Sars-CoV-2 ha avuto un impatto enorme per l'organizzazione e l'accesso alle cure per i soggetti HCV positivi (soprattutto se appartenenti alle *key populations*) (Blach *et al.*, 2020) e ha inevitabilmente rallentato la corsa per l'eliminazione di HCV che l'Italia stava compiendo con successo prima dell'inizio della pandemia (oltre 200.000 soggetti trattati).

In considerazione di quanto premesso appare sempre più necessario sviluppare strategie e modelli di trattamento per HCV per le *key populations* che siano *lean*, rapidi e efficaci, con costi sostenibili per i sistemi sanitari, capaci di facilitare l'accesso alle cure e determinare un ritorno di salute (EASL, 2020).

Lo scopo del presente lavoro è quello di valutare il costo-beneficio di un percorso di *point of care* (trattamento rapido e facilitato) all'interno dei Ser.D.

Razionale

In Italia dal 2017 vengono trattati con i DAAs tutti i soggetti affetti da epatite cronica HCV positivi, a prescindere dal grado di fibrosi.

Nel nostro Paese, allo stato attuale, sono circa 200.000 i pazienti finora trattati con DAAs; un numero che sarebbe stato molto più elevato se la pandemia da Covid-19 non avesse rallentato gli arruolamenti per il trattamento e l'accesso alle cure.

Le azioni più importanti per raggiungere l'eliminazione di HCV sono due:

1. sviluppare per le popolazioni speciali (*hard to reach*), come i consumatori di sostanze, percorsi rapidi e facilitati (sul modello del *point of care*);

2. potenziare le attività di screening per l'individuazione del sommerso. Uno studio basato sui modelli di progressione della malattia HCV correlata ha dimostrato che la più alta prevalenza dell'infezione potenzialmente asintomatica (stadio della fibrosi F0-F3) si trovi nell'ambito delle coorti di nascita dal 1948 al 1988 (Kondili *et al.*, 2020).

L'infezione nelle fasce di età più anziane si considera esaurirsi naturalmente anche senza strategie di *screening* mirate.

Al contrario le persone nate dall'anno 1988, che non presentano fattori di rischio, non hanno prevalenze rilevanti di HCV nella popolazione generale in Italia (Kondili *et al.*, 2018; Kondili *et al.*, 2020).

Fra la coorte dei nati fra il 1948 e il 1988 si stima che il *pool* prevalente delle persone infette si concentri fra i nati tra il 1968 e il 1987 che sono anche coloro che sono stati più esposti a fattori di rischio quale l'uso pregresso di droghe endovena e trattamenti estetici a rischio.

Sulla base di questa evidenza diversi studi hanno determinato come lo *screening* graduato fra la coorte di nati nel periodo 1968-1987 risulti essere quello più costo-efficace in termini di QALYs guadagnati in riferimento agli anni 2018-2031 (Kondili *et al.*, 2017; Kondili *et al.*, 2018; Kondili *et al.*, 2020).

Più recentemente, in coerenza con quanto descritto, un Decreto del Ministero della Salute (del 20/11/2020) ha approvato un finanziamento per lo *screening*, per gli anni 2020-21, con test rapidi per la popolazione che consuma sostanze in carico ai Ser.D. al fine di individuare il sommerso.

Tra i maggiori ostacoli che impediscono una efficiente presa in carico dei consumatori di sostanze vi è l'assenza di una organizzazione integrata interdisciplinare e collaborativa per la presa in carico del paziente con HCV costituita dai medici specialisti dei Ser.D., epatologi ed infettivologi tale da facilitare il *linkage to care* e ridurre il rischio della reinfezione (Konerman *et al.*, 2016).

Per tali motivi *FeDerSerD* (la maggiore società scientifica degli operatori per le dipendenze) in collaborazione con *SIMIT* (la società scientifica delle malattie infettive) e *SIMSPE* (la società scientifica di medicina penitenziaria) ha sviluppato un algoritmo per la presa in carico dei consumatori di sostanze con HCV (Nava *et al.*, 2018a) in modo da:

1. facilitare la costruzione di reti e modelli organizzativi efficaci ed efficienti;
2. supportare un programma di eliminazione dell'HCV nella popolazione a rischio dei consumatori di sostanze;
3. permettere una equità di accesso alle cure fra tutti i soggetti infetti da HCV.

In particolare, le suddette società scientifiche hanno sviluppato un *position paper* che ha definito le *best practices* del *patient's journey* del consumatore di sostanze con HCV in 4 *step* fondamentali che sono (Nava *et al.*, 2018):

1. lo *screening*;
2. il *referral*;
3. il trattamento;
4. le azioni di prevenzione delle reinfezioni (riduzione del danno).

In una ottica di trattamento olistico e di raggiungimento di obiettivi di sanità pubblica i Ser.D. hanno come priorità lo scopo di trattare i soggetti HCV positivi attraverso tre azioni principali che sono:

1. favorire lo screening e il trattamento;
2. ridurre la circolazione dell'infezione (cioè abbassare il *viral load* di comunità);
3. adottare le azioni di riduzione del danno, come suggerite dall'OMS, per prevenire la reinfezione fra i soggetti che sono stati trattati.

Per raggiungere i suddetti obiettivi è importante costruire dei modelli operativi per la presa in carico dei consumatori di sostanze con HCV che siano in grado di facilitare lo *screening* e il *linkage to care* e per coloro che non sono ancora in trattamento, di organizzare dei modelli di emersione della malattia sul territorio attraverso interventi di prossimità.

Per i Ser.D. il modello più efficace per trattare i pazienti in carico è quello del cosiddetto *point of care* che permette di offrire lo *screening* a tutti i soggetti in carico ai Servizi.

Il *point of care* si basa sul concetto del *test & treat* (cioè dell'obiettivo di finalizzare lo screening al trattamento) ed è capace di offrire, per il consumatore di sostanze con HCV, in tempi predefiniti e nello stesso luogo dove i consumatori di sostanze ricevono le cure (cioè il Ser.D.), lo *screening*, il trattamento, il *management* della terapia e il *follow-up*.

La costruzione di un modello di cura efficace dell'HCV per i consumatori di sostanze basata sul *point of care* segue perciò una logica che è in grado di costruire un modello di presa in carico che si sviluppa su due punti fondamentali che sono:

1. la definizione del luogo e del *setting* dove può avvenire la presa in carico;
2. la realizzazione di un percorso strutturato di cura (cioè di cosa il sistema è in grado di fornire per la presa in carico e di come il percorso, in termini di *management* clinico, può essere gestito e valutato).

In altre parole, la presa in carico del consumatore di sostanze secondo la logica del *point of care* avviene nei Ser.D. attraverso il concetto del *one-stop-shop* e si struttura come un vero e proprio intervento basato sui principi di *lean management*.

In questo senso il *point of care* all'interno del Ser.D. avrebbe i vantaggi di:

- strutturare in maniera sistematica ed ordinata il processo di *screening* e di diagnosi;
- offrire il trattamento ed il *management* clinico all'interno dello stesso servizio di riferimento del consumatore di sostanze;
- potenziare la presa in carico, in una ottica di integrazione dei trattamenti, offrendo nello stesso luogo di cura le eventuali terapie agoniste, le azioni di prevenzione di riduzione del danno e i servizi di supporto ai bisogni della persona;
- gestire il paziente in maniera integrata e olistica attraverso un lavoro di un *case manager* (basato sulla figura professionale dell'infermiere).

In quest'ottica il modello del *point of care* è in grado di garantire il trattamento per HCV all'interno dei Ser.D. con un percorso integrato preordinato, sequenziale e rapido con la gestione di un *case manager* infer-

mieristico capace di lavorare in maniera olistica per l'integrazione delle competenze specialistiche e il raggiungimento degli *outcome* del trattamento (Bajis *et al.*, 2017; Vold *et al.*, 2019).

Il percorso del *point of care* permette di raggiungere:

- la guarigione completa dalla patologia epatica correlata all'HCV attraverso la terapia con DAAs (con un trattamento di breve durata di 8-12 settimane) migliorando per il paziente sia la qualità che la prospettiva di vita esente dalla malattia;
- l'alleggerimento dell'attività assistenziale resa al paziente in quanto il trattamento porta ad una regressione completa della malattia;
- un risparmio di notevoli risorse da parte del SSN in quanto il trattamento tende a ridurre, fino ad annullare, l'insorgere di nuovi casi e diminuisce i costi associati alla progressione della malattia, ovvero i costi generati dalle necessità di diagnosi e cura nei livelli assistenziali.

Proprio in riferimento a quest'ultimo punto, e sulla base di queste premesse, è importante sottolineare come la modalità di presa in carico del *point of care* sia in grado di restituire un ritorno di salute (*il value*) al sistema e fornire, allo stesso, informazioni utili sia ai fini di una programmazione economico-sanitaria, sia per una stima dei costi sanitari evitabili nel prossimo futuro.

La Regione del Veneto con la DGR n. 791 del 08/06/2018 "Avvio nella Regione Veneto di un programma di eliminazione dell'epatite C (HCV). Istituzione di una cabina di regia" ha promosso un piano innovativo per l'eliminazione di HCV che ha previsto, fra le diverse azioni, capaci di favorire il trattamento, anche l'inclusione delle *key populations* con un diretto coinvolgimento dei Ser.D. con la finalità di:

1. implementare le azioni di *screening* e di *linkage to care*;
2. compiere un monitoraggio periodico dei dati della "cascata" dello *screening* e del trattamento.

Le suddette evidenze confermano perciò come gli obiettivi prioritari all'interno dei Ser.D. dovrebbero essere l'implementazione dello *screening* e del *linkage to care*.

Tale obiettivo è stato accelerato dalla pandemia Sars-Cov-2 che vede direttamente impegnati nella gestione dell'emergenza gli specialisti infettivologi e "internisti" (con una riduzione delle risorse a disposizione per la cura di HCV) e induce a "semplificare" ulteriormente il percorso di trattamento del *point of care* all'interno dei Ser.D., nel rispetto dei criteri e delle indicazioni AIFA, consentendo ai medici specialisti HCV (infettivologi ed epatologi) di gestire il trattamento in "remoto" (utilizzando la tecnologia della telemedicina e della condivisione della documentazione clinica). All'interno di questa prospettiva i medici specialisti HCV, attraverso lo strumento del cosiddetto "piano di cura", redatto dai medici dei Ser.D., possono decidere "a distanza" l'inizio del trattamento e la scelta del farmaco, lasciando ai medici di prossimità dei servizi il monitoraggio e il *follow-up* del trattamento.

I medici specialisti HCV potranno comunque avocare a loro la gestione specialistica diretta dei casi più complessi.

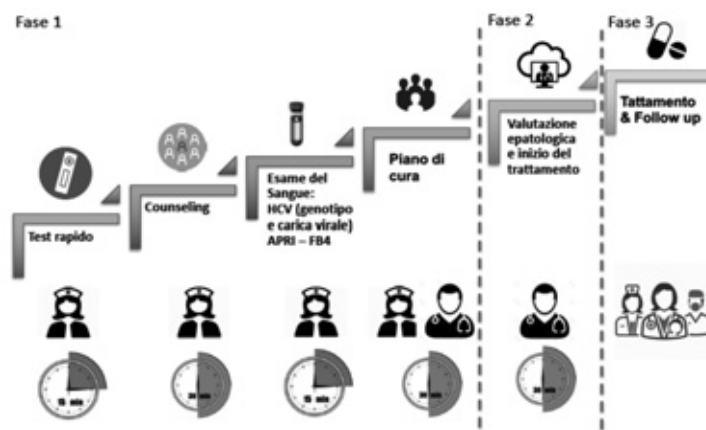
Il modello di intervento che prevede il "piano di cura" prevede – nel rispetto dei criteri AIFA per il trattamento dell'HCV – la creazione di un *point of care* multidisciplinare all'interno di ogni Ser.D. capace, attraverso un percorso *fast-track*, di prendere in carico il paziente HCV positivo compiendo diagnosi e trattamento *on site* (cioè all'interno del Ser.D. eliminando la barriera del *linkage to care*).

Il modello prevede tre fasi che sono (Fig. 2):

1. lo *screening*, il *counseling* e la stesura del piano di cura (Fase 1);
2. la valutazione epatologica e l'inizio del trattamento (Fase 2);
3. il trattamento e il *follow-up* (Fase 3).

In particolare, la Fase 1 ha l'obiettivo di effettuare lo *screening* e, nei casi di positività, effettuare un *disease* e *pre-treatment counseling*, compiere un prelievo ematico per determinare genotipo e carica virale e il grado di fibrosi con APRI o FB-4 (da parte del *case manager* infermieristico) e realizzare la stesura del "piano di cura" (da parte dello specialista del Ser.D.); la fase 2 prevede l'effettuazione della valutazione epatologica e l'inizio del trattamento (da parte dello specialista HCV); la fase 3 comprende la gestione del *follow-up* (anche con la valutazione con Fibroscan®) e l'adozione delle azioni di riduzione del danno per prevenire le reinfezioni (da parte dell'équipe multidisciplinare del Ser.D.).

Fig. 2 - Il modello del *point of care* per il trattamento del consumatore di sostanze HCV +



L'équipe multidisciplinare che lavora nel costruito del *point of care* è composta da:

- 1 infermiere del Ser.D. (anche con il ruolo di *case manager*);
- 1 medico specialista del Ser.D.;
- 1 medico specialista infettivologo/epatologo.

Partendo dalle suddette premesse lo scopo del lavoro è stato quello di valutare il costo-beneficio del percorso di *point of care* nei confronti di quello tradizionale effettuato all'interno dei Ser.D. attraverso una analisi:

1. dei costi diretti dei due percorsi di trattamento;
2. del *cost-saving* per i sistemi sanitari a seguito del trattamento.

Un altro obiettivo del nostro lavoro è stato infine quello di valutare, sulla base della prevalenza dell'infezione da HCV nei consumatori di sostanze in carico ai Ser.D., i costi di un eventuale piano nazionale e regionale di eliminazione di HCV che utilizzi come modello di intervento il *point of care*.

Background

L'epatite C (HCV) è una malattia con elevati costi sociali e sanitari (Stanaway *et al.*, 2016; WHO, 2017).

Questo è dovuto ad almeno tre fattori:

1. l'infezione è spesso asintomatica e in molti casi la malattia viene trattata solo nelle fasi più avanzate (Stanaway *et al.*, 2016);
2. la patologia coinvolge fra 130 e 210 milioni di persone nel mondo e rappresenta la settima causa di morte per importanza (Faggioli *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2014);
3. l'HCV riconosce significative manifestazioni epatiche come la cirrosi, il carcinoma epatocellulare (HCC) e l'insufficienza epatica (che causano trapianto di fegato), così come importanti manifestazioni extraepatiche (Lee *et al.*, 2014; Stanaway *et al.*, 2016).

L'Italia ha il più alto numero di pazienti HCV positivi in Europa occidentale e il più alto tasso di morti dovute a cirrosi e HCC (EASL, 2014; WHO, 2017).

Oggi si stima che in Italia vi siano circa 300.000 soggetti HCV positivi da trattare, di cui molti sono i consumatori di sostanze (Gardini *et al.*, 2016; Gardini *et al.*, 2019).

La letteratura mette in evidenza come il costo della malattia possa essere molto rilevante.

Uno studio italiano ha stimato il costo dell'infezione in più di un miliardo di euro, di cui 418 milioni di euro per costi diretti (es. visite specialistiche, accessi in pronto soccorso, ospedalizzazioni, ecc.) e 643 milioni di euro per costi indiretti (es. perdita di produttività e di giornate di lavoro) (Marcellusi *et al.*, 2015).

Un altro studio ha valutato i costi diretti e indiretti della malattia su un campione di 286 pazienti HCV positivi di 5 Paesi europei (Italia, Francia, Germania, Regno Unito e Spagna) in confronto a un gruppo omogeneo per caratteristiche socio-demografiche (Vietri *et al.*, 2013).

In particolare, i costi indiretti per paziente (valorizzati per anno) sono stati di 7.532,54 euro per i pazienti HCV positivi e di 4.576,43 euro per

i soggetti del gruppo di controllo (non HCV positivi), mentre i costi diretti per i pazienti HCV positivi e HCV negativi sono stati rispettivamente di 1.147,06 euro e di 652,07 euro (Vietri *et al.*, 2013).

Un interessante studio di farmacoeconomia basato sul costo della prima generazione dei DAAs ha valutato le potenziali conseguenze economiche dell'infezione da HCV per il sistema sanitario pubblico in una prospettiva di 30 anni (Mennini *et al.*, 2014).

Gli autori hanno stimato una riduzione per i pazienti, data dal trattamento, di oltre 156.000 eventi critici dovuti alla malattia e una riduzione dei costi di circa 13.000 e 18.000 euro pro capite in un orizzonte temporale di 10 e 30 anni, rispettivamente.

Un altro recente studio ha dimostrato come l'accesso alla terapia con DAAs possa indurre, in un orizzonte temporale di 20 anni, un risparmio (*cost-saving*) di circa 50 milioni di euro per 1.000 pazienti trattati (Marcellusi *et al.*, 2019).

Risparmi comparabili sono attesi anche per i pazienti trattati nelle prime fasi della malattia fibrotica (Ruggeri *et al.*, 2018), che sono la maggior parte dei consumatori di sostanze HCV positivi.

Uno studio interessante ha calcolato l'effetto economico in termini di risparmio di costi diretti e indiretti (escluso il costo dei farmaci) dovuti al trattamento dell'infezione da HCV con i DAAs, stimando un risparmio tra i 192 e 198 milioni di euro (Marcellusi *et al.*, 2016).

Considerato che il costo dei DAAs attualmente si aggira intorno a 6.000 euro per trattamento, una questione rilevante è capire se il costo della cura, dato l'elevato numero di pazienti da trattare, possa essere compensato dal risparmio dei costi dell'assistenza sanitaria come conseguenza dell'eliminazione di HCV.

A questo proposito è stato condotto un interessante studio sulla coorte PITER (*Piattaforma Italiana per lo studio delle Terapie delle epatiti virali*) in modo da stimare la quantità di tempo necessario affinché gli investimenti iniziali del SSN nel trattamento dell'infezione da HCV si possano tradurre in risparmi cumulativi dei costi grazie all'eliminazione delle malattie ad esse correlate (Mennini *et al.*, 2014).

Lo studio ha analizzato due periodi di trattamento che presentavano due accessi diversi ai farmaci antivirali (Marcellusi *et al.*, 2019), cioè un primo periodo riferito agli anni 2015-16 dove sono stati trattati pazienti con uno stadio di malattia severa (fibrosi F3/F4) e un secondo periodo riferito all'anno 2017 in cui sono stati trattati i pazienti in maniera indipendente dallo stadio di fibrosi del fegato (fibrosi F0-F4).

Il confronto del trattamento è stato basato verso uno scenario di non trattamento, quindi della progressione naturale della malattia.

I dati dello studio dimostrano che, per i pazienti trattati nel 2015, l'impatto degli eventi clinici potenzialmente evitati in 20 anni può essere particolarmente significativo (in quanto i pazienti presentavano una fibrosi epatica avanzata con una probabilità di rapida progressione della malattia epatica in assenza di un trattamento efficace) mentre non lo è altrettanto nei pazienti trattati nel 2017 (che presentavano un grado di fibrosi minore).

Nei pazienti trattati nel 2015, con uno stadio di fibrosi più avanzata, la differenza di costo evitato *versus* il non trattamento negli anni può non diminuire in maniera significativa a causa dei costi della gestione della malattia che continuano a rimanere elevati per la presenza di danni causati dalla gravità preesistente della malattia e/o della necessità della continua sorveglianza sanitaria per lo sviluppo dell'HCC.

Al contrario, il trattamento dei pazienti con malattia epatica lieve o assente non comporta nel tempo costi aggiuntivi di gestione, soprattutto dopo il primo anno post-eradicazione virale.

Infatti, confrontando i risultati dell'anno 2017, in cui una percentuale più elevata di pazienti è stata trattata nelle fasi di fibrosi F0-F2, con quelli dell'anno 2015 (trattamento prioritizzato che ha riguardato i casi più gravi), la riduzione degli eventi infastiti epatici HCV correlati è stata inferiore per i motivi sopra citati, ma i costi evitati per i pazienti trattati nel 2017 risultano significativamente più alti.

Ciò significa che il trattamento universale dei pazienti, indipendentemente dalla gravità della fibrosi, si traduce in un risparmio anche sui costi della gestione delle malattie evitate e un rientro in termini di investimenti iniziali per l'acquisto dei DAAs in un lasso di tempo anche relativamente breve che consiste in circa 6 anni.

Questo studio, in coerenza con altri, dimostra come l'accesso al trattamento dell'HCV nelle prime fasi della fibrosi della malattia epatica (a cui corrisponde un danno epatico assente o minimo) è correlato a risultati migliori dal punto di vista clinico e della riduzione dei costi nel tempo. Ciò ha una rilevanza importante per il trattamento dei consumatori di sostanze che, nella stragrande maggioranza dei casi, presentano, fra i soggetti HCV positivi, una fibrosi lieve o moderata il cui trattamento determina un ritorno di salute per i sistemi sanitari già nel breve periodo. Diversi studi hanno anche dimostrato come il trattamento di HCV nei consumatori di sostanze sia costo-efficace e come un trattamento precoce possa prevenire un numero significativo di morti dovute alla malattia epatica (Scott *et al.*, 2016; van Santen *et al.*, 2016). In aggiunta, i trattamenti associati con le azioni di riduzione del danno possono aiutare a ridurre la diffusione dell'infezione e migliorare la qualità della vita dei consumatori di sostanze (Goutas *et al.*, 2017; Hellard *et al.*, 2018).

Uno studio non-interventistico che ha compreso 1.333 consumatori di sostanze in carico ai Ser.D. dell'ASST Melegnano-Martesana (Milano), valutati durante l'arco del 2017, ha determinato che il costo del percorso per il trattamento di HCV dei pazienti (escluso il costo del farmaco) calcolato in termini di esami diagnostici, visite specialistiche, accessi in pronto soccorso, ricoveri, ecc. è di 1.418 euro per paziente, mentre il costo annuo del percorso di un paziente in lista di attesa per il trattamento è di 214 euro (Nava *et al.*, 2020b).

Considerando che un paziente HCV positivo può infettare, nell'arco temporale di circa 3 anni, almeno altri 20 consumatori di sostanze (Magiorkinis *et al.*, 2013), si può supporre che ogni trattamento di un consumatore di sostanze può determinare un risparmio di costi sanitari (*cost-saving*) relativo al solo risparmio dei costi del trattamento delle infezioni evitate di circa euro 30.000 euro (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b).

Lo studio ha anche permesso, per la prima volta in Italia, di determinare i costi sanitari per "silos" del percorso di trattamento.

In particolare, lo studio ha permesso di individuare che del costo di 1.418 euro del *patient's journey*, 473 euro fanno riferimento al silos "diagnosi" (costo dello screening, degli esami diagnostici e del processo di valutazione), euro 555 al silos "visite specialistiche" e euro 390 al silos costo "altro personale sanitario oltre quello medico" (infermieri, farmacisti, ecc.) (Nava *et al.*, 2020b).

Inoltre lo studio è stato il primo che ha definito, sulla base dei dati epidemiologici disponibili, il costo di un eventuale piano di eliminazione nazionale di HCV fra i consumatori di sostanze (escludendo il costo del farmaco) (Nava *et al.*, 2020b).

In maniera interessante lo studio ha dimostrato come il costo del piano di eliminazione di HCV nei consumatori di sostanze (corrispondente a circa 380 milioni di euro) è più basso del costo del *burden* della malattia (che corrisponde a circa 1 miliardo di euro) (Marcellusi *et al.*, 2015). Per di più nell'arco temporale 2020-2030 il costo annuale di eliminazione di HCV corrisponderebbe a circa 30 milioni di euro, rendendo il programma di eradicazione che coinvolge i PWIDs anche sostenibile in una ottica di programmazione annuale di investimenti per il SSN (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b).

Gli studi sono anche particolarmente interessanti perché comprendono, nell'analisi dei costi, le azioni di riduzione del danno che sono uno strumento essenziale per ridurre il tasso di re-infezione nei PWIDs (Nava *et al.*, 2018; Nava *et al.*, 2020b).

Recenti studi hanno dimostrato come il tasso di reinfezione nei PWIDs sia comunque basso e corrisponda a circa 3.1/100 soggetti per anno, se in associazione al trattamento con DAAs vengono offerte azioni di riduzione del danno come la terapia oppiacee agonista (Metzig *et al.*, 2017; Rossi *et al.*, 2018).

D'altra parte, alcuni recenti studi hanno dimostrato come il trattamento con DAAs sia anche costo-efficace se associato con programmi di scambio di siringhe e con la terapia oppiacee sostitutiva (Barbosa *et al.*, 2019; Stevens *et al.*, 2019).

A questo riguardo degli studi hanno dimostrato come le azioni di riduzione del danno associate al trattamento possano essere sostenibili per i sistemi sanitari e corrispondano a circa il 12% del costo del *patient's journey* che porta i consumatori di sostanze al trattamento per HCV (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b).

Le evidenze dimostrano pertanto come il trattamento per HCV dei consumatori di sostanze sia *cost-saving* per i sistemi sanitari.

Metodologia

Il lavoro si basa su una analisi costo-beneficio intesa a valutare il ritorno di salute del *point of care* rispetto al percorso di trattamento “tradizionale” e la sua applicazione nei piani di eliminazione che comprendono la popolazione dei consumatori di sostanze in carico ai Ser.D.

I costi del percorso di trattamento sono stati valutati sui costi diretti sostenuti dal sistema sanitario prendendo in esame quelli in vigore nella Regione del Veneto sulla base del reddito annuo lordo (RAL) del personale e delle tariffe regionali correlate alla diagnosi e al trattamento per HCV (come definite dalla DGR n. 859/2011 e s.m.i.).

I costi sono stati valutati per il cosiddetto percorso di *point of care* (escluso il costo del trattamento) che comprende le visite specialistiche, lo screening, la diagnosi, e il *follow-up* e comparati con il costo del *patient's journey* del trattamento “tradizionale” come viene attualmente svolto all'interno dei Ser.D. e valutato dalla letteratura (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b).

Per il *point of care* lo screening di HCV è stato calcolato considerando il costo del test rapido HCV RNA *finger stick*.

Il costo del percorso del *point of care* è stato valutato anche per “silos” considerando il costo per la fase 1 (test rapido, *counseling*, prelievo ematico e realizzazione del piano di cura), la fase 2 (valutazione specialistica epatologica e di inizio del trattamento) e la fase 3 (*follow-up* e azioni di riduzione del danno).

Per valutare i costi diretti è stato utilizzato un approccio *bottom-up* (Bai *et al.*, 2012; Briggs, 1999; Briggs *et al.*, 2007; Marcellusi *et al.*, 2016). Questo metodo misura i costi diretti del management del percorso del paziente, ottenuto moltiplicando la media del costo del percorso per la prevalenza della malattia.

Analisi dei risultati

Il costo del personale per la realizzazione del *point of care* corrisponde a 210 euro (Tab. 1).

Il costo per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche e degli esami di laboratorio per la realizzazione del *point of care* corrisponde a 383,40 euro (Tab. 2).

Il costo del *point of care* equivale a 592,05 euro, mentre il costo per “silos” è rappresentato in Tab. 3.

In termini di costo-beneficio il *point of care* risulta essere migliore in termini di “resa”, cioè in termini di benefici ottenuti per unità di costo rispetto al percorso tradizionale di trattamento effettuato all'interno dei Ser.D. e ai costi evitati della malattia (diretti e indiretti) così come quantificato dalla letteratura (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b; Vietri *et al.*, 2013) (Tab. 4).

In considerazione che la prevalenza dell'HCV fra i consumatori di sostanze in carico ai Ser.D. si può aggirare in un *range* compreso fra il

Tab. 1 - Costo del personale per la realizzazione del *point of care*

Fase	Figura professionale	Tempo operatore	Costo (?)
Fase 1			
Esecuzione del test rapido	Infermiere Ser.D.	15 min	4
Disease Counseling	Infermiere Ser.D.	30 min	8
Prelievo ematico (AST-ALT, Piastrine, Creatinina, Emocromo, HCV RNA carica virale e genotipo; Ab-HIV, Ab-HBV)	Infermiere Ser.D.	15 min	4
Compilazione del Piano di cura	Medico specialista Ser.D.	30 min	19
Fase 2			
Visita epatologica e inizio del trattamento	Medico specialista HCV	30 min	19
Fase 3			
Trattamento Farmacologico: Somministrazione e aderenza (8-12 settimane)	Infermiere	60 min	16
Valutazione dell'andamento della terapia: SVR a tempo 0 e 12 ^a settimana dall'inizio della terapia	Infermiere	60 min	16
	Medico specialista Ser.D.	60 min	38
Follow-up: SVR a 12 ^a settimana post fine terapia	Infermiere	60 min	16
	Specialista Ser.D./Carcere	60 min	38
ALT a 12 ^a settimana post fine terapia	Specialista HCV	30 min	16
Fibroscan® a 12 ^a settimana post fine terapia		12 ^a settimana post fine terapia (SVR 12)	
		24 ^a settimana post fine terapia (SVR 24)	
Azioni di riduzione del danno	Infermiere	60 min	16
Totale (€)			210

Tab. 2 - Costo per l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche e degli esami di laboratorio per la realizzazione del point of care

Azione	Prestazioni diagnostiche e esami di laboratorio	Costo (€)
<i>Fase 1</i>		
Test rapido	HCV RNA finger stick	30
Prelievo ematico (AST-ALT, Piastrine, Creatinina, Emocromo, HCV RNA carica virale e genotipo; Ab-HIV, Ab-HBV)	AST (€ 2,75)	183,60
	ALT (€ 2,75)	
	Piastrine (€ 1,35)	
	Creatinina (€ 1,35)	
	Emocromo (€ 4,95)	
	Ab-HBV (€ 11,65)	
	Ab.-HIV (€ 11,65)	
	HCV RNA Quantitativo (€ 82,35)	
HCV RNA Qualitativo (€ 64,80)		
<i>Fase 2</i>		
Valutazione (ALT – HCV RNA)	ALT (€ 2,75) HCV Quantitativo (€ 82,15)	84,90
Follow-up (ALT – HCV RNA)	ALT (€ 2,75) HCV Quantitativo (€ 82,15)	84,90
Totale (€)		383,40

Tab. 3 - Costo del point of care per “silos”

Silos	Costo personale (€)	Costo prestazioni diagnostiche e di laboratorio (€)	Costo totale (€)
Fase 1	35	213,60	248,60
Fase 2	19	=	19
Fase 3	156	169,80	325,80
Totale (€)			593,40

Tab. 4 - Costo-beneficio del point of care in confronto al percorso di trattamento “tradizionale”

Tipologia di percorso	Cost saving per trattamento (€) (costi diretti e indiretti della malattia)	Costo del percorso (€)	Rapporto
Patient's journey “tradizionale”	8.679,60	1.418	6.1
Point of care	8.679,60	593,40	14.6

Tab. 5 - Costo del piano di eliminazione di HCV nei consumatori di sostanze con il point of care e costo del non trattamento (calcolato sulla prevalenza stimata dei soggetti positivi)

	Numero utenti stimati nei Ser.D.	Soggetti stimati HCV positivi (30-60%)	Costo del point of care (€)	Costo del non trattamento (€)
Italia	150.000	45.000-90.000	26.703.000-53.406.000	390.582.000-781.164.000
Veneto	14.000	4.200-8.400	2.492.280-4.984.560	36.454.320-72.908.640

Tab. 6 - Costo annuale del piano di eliminazione di HCV nei consumatori di sostanze nella finestra 2021-2030

	Numero utenti stimati nei Ser.D.	Soggetti stimati HCV positivi (30-60%)	Soggetti da trattare entro il 2030 (80% dei positivi stimati)	Costo totale (€)	Costo annuo (€)
Italia	150.000	45.000-90.000	36.000-72.000	21.362.400-42.724.80	2.373.600-4.747.200
Veneto	14.000	4.200-8.400	3.360-6.720	1.993.824-3.987.648	221.536-443.072

30-60% (Nava, 2019; Nava *et al.*, 2018b), si stima come i pazienti in carico ai Ser.D. che potrebbero necessitare di un trattamento siano compresi in Italia fra i 45.000-90.000 e in Veneto fra i 4.200-8.400.

Sulla base del suddetto dato epidemiologico il costo del *point of care* (corrispondente a euro 593,40) e del non trattamento (corrispondente a euro 8.679,60 che sono i costi diretti e indiretti della malattia) dei soggetti stimati HCV + in carico ai Ser.D. è riportato in Tab. 5.

Considerando che l'OMS indica come obiettivo per l'eliminazione di HCV entro il 2030 il trattamento di almeno l'80% dei pazienti HCV positivi, possiamo assumere come il costo del trattamento per anno, per il periodo 2021-2030, possa essere, per i pazienti positivi in carico ai Ser.D., in Italia di circa 2-4 milioni di euro e in Veneto di circa 220-440.000 euro (Tab. 6).

Conclusioni

Il lavoro dimostra come il *point of care* sia un modello efficace e efficiente per il trattamento di HCV nei consumatori di sostanze in quanto è in grado di ridurre le barriere dello *screening* e del *linkage to care*, di essere sostenibile per i sistemi sanitari (poiché il costo del trattamento è nettamente inferiore ai costi diretti e indiretti della malattia) e di determinare un ritorno di salute in termini di costi evitati per una riduzione di nuove infezioni fra i consumatori di sostanze.

Allo stato attuale esistono molte barriere che limitano l'accesso alle cure dei consumatori di sostanze con HCV (Konerman, Lok, 2016; Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2020a).

Le più importanti sono dovute alla mancanza di un sistema di cura e di modelli di presa in carico multidisciplinari capaci di favorire il *linkage to care*.

Ciò è evidente dalla pratica clinica che dimostra che soltanto una piccola percentuale di consumatori di sostanze con HCV vengono trattati con DAAs, limite che è diventato ancora più evidente durante l'emergenza Covid-19.

Uno studio precedente ha messo in evidenza, per la prima volta, come il costo del *patient's journey* all'interno dei Ser.D. per il trattamento di HCV (escluso il costo del farmaco) corrisponda a 1.418 euro, mentre il costo di un paziente HCV positivo in attesa di essere trattato a 214 euro (anno) (Nava *et al.*, 2018b; Nava *et al.*, 2020b).

In altre parole le evidenze del nostro lavoro dimostrano come il costo del *point of care* equivalga a circa euro 593,40, ciò significa che il costo del trattamento di un consumatore di sostanze con HCV con un percorso rapido e facilitato possa equivalere al costo di 2 pazienti HCV positivi in attesa di essere trattati.

In altri termini, il *point of care* risulterebbe un percorso efficace nel rimuovere le barriere al trattamento ma anche efficiente in quanto ridurrebbe in maniera significativa il costo del *patient's journey* e, anche nel breve periodo, sostenibile per i sistemi sanitari.

Il lavoro dimostra, in maniera evidente, come il percorso di *point of care* presenti un costo-beneficio maggiore rispetto al costo del percorso di un trattamento "tradizionale".

Un nostro precedente studio ha dimostrato come il costo di un piano di eliminazione nazionale di HCV nei consumatori di sostanze corrisponda a circa 380 milioni di euro (Nava *et al.*, 2020b), cioè a un valore molto più basso del costo del *disease burden* della malattia che corrisponde a circa 1 miliardo di euro (Marcellusi *et al.*, 2015).

Lo stesso studio ha dimostrato come, nell'orizzonte temporale 2020-2030, il costo annuale del piano di eliminazione nei consumatori di sostanze corrisponda a circa 30 milioni di euro, cioè a un costo che può dimostrarsi ampiamente sostenibile per il SSN (Nava *et al.*, 2020b).

Il nostro lavoro dimostra altresì come il modello del *point of care* applicato a un piano nazionale di trattamento dell'HCV per i consumatori di sostanze comporti un costo compreso fra i 26-53 milioni di euro, con un costo annuale, nel finestra 2021-2030, di circa 2-4 milioni di euro all'anno.

Secondo i dati epidemiologici dei consumatori di sostanze presenti nei Ser.D. del Veneto, adottando il modello del *point of care*, il costo di un piano di eliminazione regionale corrisponderebbe a circa 2-4 milioni di

euro per anno e, considerando la finestra temporale 2021-2030, a circa 220.000-440.000 euro per anno.

Il *point of care* oltre a eliminare le barriere dello *screening* e del *linkage to care* presenta il vantaggio di includere nel costo del percorso di trattamento anche le azioni di riduzione del danno a favore della diminuzione delle eventuali reinfezioni.

Recenti studi hanno mostrato come il tasso di reinfezione nei consumatori di sostanze trattati per HCV corrisponda a circa 3.1/100 persone/anno, se associato a misure di riduzione del danno (Metzig *et al.*, 2017; Rossi *et al.*, 2018).

D'altra parte recenti studi hanno anche dimostrato come il trattamento con DAAs sia costo-efficace quando associato a programmi che prevedono la presenza di azioni di riduzione del danno (Barbosa *et al.*, 2019; Stevens *et al.*, 2019).

A questo riguardo il modello del *point of care* che prevede in tutte le fasi del trattamento, e in particolare nella fase di *follow-up*, l'applicazione delle azioni di riduzione del danno risulta essere uno strumento efficace e sostenibile per contribuire a determinare un notevole ritorno di salute per i sistemi sanitari, sia in termini di guarigione della malattia che di riduzione del tasso di reinfezione, evitando oltre i costi diretti e indiretti della malattia, anche i costi dovuti a una eventuale reinfezione. Il lavoro presenta dei limiti. Il primo è rappresentato dal fatto che la valutazione dei costi del *point of care* non include i costi sostenuti dal paziente (i cosiddetti costi *out-of pocket*).

Il secondo è quello che non è stato compreso nell'analisi del costo del percorso, il costo del farmaco perché il suo valore è in fase di continua discussione e mediazione da parte di AIFA, specie da quando i DAAs sono usciti, nel 2019, dal fondo dei farmaci innovativi (AIFA, 2019).

Il lavoro conferma come il trattamento dei consumatori di sostanze con HCV rappresenti una priorità per i sistemi sanitari e possa rappresentare un importante ritorno di salute in termini di costi evitati e di riduzione del numero di nuove infezioni (*treatment as prevention*).

In altri termini, il lavoro dimostra come anche nei consumatori di sostanze il trattamento per HCV possa determinare dei benefici superiori rispetto ai costi della malattia.

Il lavoro dimostra infine come un percorso rapido e facilitato per il trattamento di HCV nei consumatori di sostanze (di tipo *lean*) possa determinare un ritorno di salute importante per i sistemi sanitari e favorire il raggiungimento dell'eliminazione di HCV come indicato dall'OMS entro il 2030 secondo una programmazione annuale sostenibile per i sistemi sanitari regionali. D'altra parte l'HCV è una malattia che induce malattia specialmente nei consumatori di sostanze che rappresentano il "reservoir" dell'infezione e probabilmente il mantenimento della stessa nella popolazione generale.

Il lavoro fornisce valide indicazioni per i decisori politici e gli *stakeholders* per la programmazione lo sviluppo di piani di eliminazione di HCV, sia a livello nazionale che regionale, capaci di comprendere anche i consumatori di sostanze.

Bibliografia

- AIFA, *Registri AIFA per il monitoraggio dei farmaci anti-HCV* (2019). www.aifa.gov.it/aggiornamento-epatite-c.
- Alimohsammadi A., Holrksa J., Thiam A., Truong D., Conway B. (2018). Real-world efficacy of direct-acting antiviral therapy for HCV infection affecting people who inject drugs delivered in a multidisciplinary setting. *Open Forum Infect Dis.*, 5(6): ofy120. DOI: 1.1093/ofid/ofy120.eCollection.
- Axelrod D.A., Schnitzler M.A., Alhamad T., Gordon F., Bloom R.D., Hess G.P., Xiao H., Nazzal M., Segev D.L., Dharnidharka V.R., Naik A.S., Lam N.N., Ouseph R., Kasiske B.L., Durand C.M., Lentine K.L. (2018). The impact of direct-acting antiviral agents on liver and kidney transplant costs and outcomes. *Am. J. Transplant.*, 18(10): 2473-2482. DOI: 10.1111/ajt.14895.
- Baio G., Capone A., Marcellusi A., Mennini F.S., Favato G. (2013). Economic burden of human papillomavirus-related diseases in Italy. *PLoS One*, 7: e49699.

- Bajis S., Dore G.J., Hajarizadeh B., Cunningham E.B., Grebely J. (2017). Intervention to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: a systematic review. *Int. J. Drug Policy*, 47: 34-46.
- Barbosa C., Fraser H., Hoeger T.J., Leib A., Havens J.R., Young A., Kral A., Page K., Evans J., Zibell J., Hariri S., Vellozzi C., Nerlander L., Ward J.W., Vickerman P. (2019). Cost-effectiveness of scaling-up HCV prevention and treatment in the United States for people who inject drugs. *Addiction*, 114(2): 2267-2278. DOI: 10.1111/add.14731.
- Blach S., Kondili L.A., Aghemo A., Cai Z., Dugan E., Estes C., Gamkrelidze I., Ma S., Pawlowsky J.M., Razavi-Shearer D., Razavi H., Waked I., Zeuzem S., Craxi A. (2021). Impact of Covid-19 on global HCV elimination efforts. *J. Hepatol.*, 74(1): 31-36.
- Briggs A. (1999). Economics notes: handling uncertainty in economic evaluation. *British Medical Journal*, 319 (7202): 120.
- Briggs A., Claxton K., Sculpherm M. (2007). *Decision modeling for health economic evaluation*, Oxford University Press Inc, New York.
- Cousien A., Train V.C., Deuffic-Burban S., Jauffret-Roustide M., Dhersin J.S., Yazdanpanah Y. (2016). Hepatitis C treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. *Hepatology*, 63(4): 1090-1101. DOI: 10.1002/hep.28227.
- European Association of the Study of the Liver (2014). EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J. Hepatol.*, 60(2): 392-420. DOI: 10.1016/j.jhep.2013.11.003.
- European Association of the Study of the Liver (2020). EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final updates of the series. *J. Hepatol.*, 73: 1170-1218.
- Fagioli S., Ravasio R., Lucà M.G., Baldan A., Pecere S., Vitale A., Pasulo L. (2015). Management of hepatitis C infection before and after liver transplantation. *World J. Gastroenterol.*, 21(15): 4447-4456. DOI: 10.3748/wjg.v21.i15.4447.
- Gardini I., Bartoli M., Conforti M., Mennini F.S., Marcellusi A., Lanati E. (2016). HCV – estimation of the number of diagnosed patients eligible for the new anti-HCV therapies in Italy. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 20 (Suppl. 1): 7-10.
- Gardini I., Bartoli M., Conforto M., Mennini F.S., Marcellusi A. (2019). Estimation of the number of HCV-positive patients in Italy. *PLoS One*, 31: 14.
- Gountas I., Sypsa V., Anagnostou O., Martin N., Vickerman P., Kafetzopoulos E., Hatzakis A. (2017). Treatment and primary prevention in people who inject drugs for chronic hepatitis C infection: is elimination possible in a high-prevalence setting? *Addiction*, 112(7): 1290-1299. DOI: 10.1111/add.13764.
- Grebely J., Dore G.J. (2017). Treatment of HCV in persons who inject drugs: treatment as prevention. *Clin. Liver Dis.*, 9(4): 77-80.
- Grebely J., Dore G.J., Morin S., Rockstroh J.K., Klein M.B. (2017). Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 - What will it take to get there? *J. Int. AIDS Soc.*, 20(1): 22146. DOI: 10.7448/IAS.20.1.22146.
- Hatzakis A., Lazarus J.V., Cholongiatis E., Baptista-Leite R., Boucher C., Busoi C.S., Deuffic-Burban S., Chhatwal J., Esmat G., Hutchinson S., Malliouri M.M., Maticic M., Mozalevskis A., Negro F., Papandreou G.A., Papatheodoridis G.V., Peck-Radosavljevic M., Razavi H., Reic T., Schatz E., Tozun N., Younossi Z., Manns M.P. (2020). Securing sustainable funding for viral hepatitis elimination plans. *Liver International Liver Int.*, 40: 260-270.
- Hellard M., Scott N., Sacks-Davis R., Pedrana A. (2018). Achieving hepatitis C elimination in Europe – To treatment scale-up and beyond. *J. Hepatol.*, 68(3): 383-385. DOI: 10.1016/j.jhep.2017.12.004.
- Italian Budget Law (2019). Law n° 145, 30 December 2018, art. 1, c. 291. *Official Gazette*, 31 December 2018.
- Heimbach J.K. (2017). Overview of the updated ASSLS guidelines for the management of HCC. *Gastroenterol. Hepatol.*, 13(12): 751-753.
- Hickman M., Dillon J.F., Elliot L., De Angelis D., Vickerman P., Foster G., Donna P., Eriksen A., Flowers P., Golberg D., Hollingworth W., Ijaz S., Liddell D., Mandal S., Martin N., Beer L.S.Z., Drysdale K., Fraser H., Glass R., Graham L., Gunson R.N., Hamilton E., Harris H., Harris M., Harris R., Heinsbroek E., Hope V., Horwood J., Inglis S.K., Innes H., Lan A., Meadows J., McAlley A., Metcalfe C., Migchelsen S., Murray A., Myring G., Palmateer N.E., Presanis A., Radley A., Ramsay M., Samartsidis P., Simmons R., Sinka K., Vost G., Ward Z., Whiteley D., Yeung A., Hutchinson S.J. (2019). Evaluating the population impact of hepatitis C direct acting antiviral treatment as prevention for people who inject drug (EPIToPE). A natural experimental (protocol). *BMJ Open*, 29, 9(9): e029538. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029538, 2019.
- Kondili L.A., Romano F., Rolli F.R., Ruggeri M., Rosato S., Brunetto M.R., Zigno A.L., Ciancio A., Di Leo A., Raimondo G., Ferrari C., Taliani G., Borgia G., Santantonio T.A., Blanc P., Gaeta G.B., Gasbarrini A., Chessa L., Erne E.M., Villa E., Ieluzzi D., Russo F.P., Andreone P., Vinci M., Coppola C., Chemello L., Madonia S., Veucchi G., Persico M., Zuin M., Puoti M., Alberti A., Nardone G., Massari M., Montalto G., Foti G., Rumi M.G., Quaranta M.G., Cicchetti A., Craxi A., Vella S., Piter Collaborating G. (2017). Modeling cost-effectiveness and health gains of a “universal” versus “prioritized” hepatitis C virus treatment policy in a real-life cohort. *Hepatology*, 66: 1814-1825.
- Kondili L.A., Robbins S., Blach S., Gamkrelidze I., Zignego A.L., Brunetto M.R., Raimondo G., Taliani G., Iannone A., Russo F.P., Santantonio T.A., Zuin M., Chessa L., Blanc P., Puoti M., Vinci M., Erne E.M., Strazzabosco M., Massari M., Lampertico P., Rumi M.G., Federico A., Orlandini A., Ciancio A., Borgia G., Andreone P., Caporaso N., Persico M., Ieluzzi D., Madonia S., Gori A., Gasbarrini A., Coppola C., Brancaccio G., Andriulli A., Quarante M.G., Montilla S., Razavi H., Melazzini M., Vella S., Craxi A., Piter Collaborating Group (2018). Forecasting Hepatitis C liver disease burden on real-life data. Does the hidden iceberg matter to reach the elimination goals? *Liver International*, 38: 2190-98.
- Kondili L.A., Gamkrelidze I., Blach S., Marcellusi A., Galli M., Petta S., Puoti M., Vella S., Razavi H., Craxi A., Mennini F.S., Piter Collaborating Group (2020). Optimization of hepatitis C virus screening strategies by birth cohort in Italy. *Liver International*, 40: 1545-1555.
- Kondili L.A., Mennini F.S., Andreoni M., Babudieri S., Gardini I., Rossi A., Russo F.P., Nava F.A., Vella S. (2020). Verso una politica sanitaria di screening e linkage to care per l'eliminazione dell'infezione da epatite C in Italia. *Le Infezioni in Medicina*, Speciale 2: 5-28.
- Konerman M.A., Lok A.S. (2016). Hepatitis C treatment and barriers to eradication. *Clin. Transl. Gastroenterol.*, 7(9): e193. DOI: 10.1038/ctg.2016.50.
- Lazarus J.V., Sperle I., Maticic M., Wiessing L. (2014). A systematic review of Hepatitis C virus treatment uptake among people who inject drugs in the European Region. *BMC Infect. Dis.*, 14 (Suppl. 6): S16. DOI: 10.1186/1471-2334-14-S6-S16.
- Lee M.H., Yang H.I., Yuan Y., L'Italien G., Chen C.J. (2014). Epidemiology and Natural History of Hepatitis C virus infection. *World J. Gastroenterol.*, 20(28): 9270-9280. DOI: 10.3748/wjg.v20.i28.9270.
- Libro bianco della Gastroenterologia Italiana (2014). www.wpicentro.iss.it/alcopdf/sintesilibrobiancogastrocov.pdf.
- Magiorkinis G., Sypsa V., Magiorkinis E., Paraskevis D., Katsoulidou A., Belshaw R., Fraser C., Pybus O.G., Hatzakis A. (2013). Integrating phylodynamics and epidemiology to estimate transmission diversity in viral epidemics. *PLoS Comput. Biol.*, 9(1): e1002876. DOI: 10.1371/journal.pcbi.1002876.
- Marcellusi A., Viti R., Capone A., Mennini F.S. (2015). The economic burden of HCV-induced diseases in Italy. A probabilistic cost of illness model. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 19(9): 1610-1620.
- Marcellusi A., Viti R., Mecozzi A., Mennini F.S. (2016). The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *Eur. J. Health Econ.*, 17(2): 139-147. DOI: 10.1007/s10198-014.0660-y.
- Marcellusi A., Viti R., Damele F., Camma C., Taliani G., Mennini F.S. (2016). Early treatment in HCV: is it a cost-utility option from the Italian perspectives? *Clin Drug Investig.*, 36: 661-672.
- Marcellusi A., Viti R., Kondili L.A., Rosato S., Vella S., Mennini F.S., & PITER Collaborating group, available at www.progettopiter.it. (2019). Economic consequences of investing in anti-hcv antiviral treatment

- from the Italian NHS perspective: a real world-based analysis of PITER data. *Pharmacoeconomics*, 37(2): 255-266.
- Martin N.K., Vickerman P., Grebely J. *et al.* (2013). Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals. *Hepatology*, 58(5): 1598-1609.
- Maticic M. (2018). *Presentation at 2nd European Union (EU) HCV Policy summit*. www.hcvbrusselssummit.eu/images/summits/summit2018/HCV_Policy_Summit_2018_-_Master_Slide_deck.pdf.
- Mennini F.S., Marcellusi A., Andreoni M., Gasbarrini A., Salomone S., Craxi A. (2014). Health policy model: long-term predictive results associated with the management of hepatitis C virus-induced diseases in Italy. *Clinicoecon. Outcomes Res.*, 6: 303-310. DOI: 10.2147/CEOR.S62092.
- Metzig C., Surey J., Francis M., Conneely J., Abubakar I., White P.J. (2017). Impact of hepatitis C treatment as prevention for people who inject drugs is sensitive to contact network structure. *Sci Rep.*, 7(1): 1833.
- Molinaro S., Resce G., Alberti A., Andreoni M., D'Egidio P.P.F., Leonardi C., Nava F.A., Pasqualetti P., Villa S. (2019). Barriers to effective management of hepatitis C virus in people who inject drugs: evidence from outpatient clinics. *Drug Alcohol Rev.*, 38(6): 644-655. DOI: 10.1111/dar.12978, 2019.
- Nava F.A. (2019). I Ser.D. come presidi sul territorio: il ruolo dei Servizi nell'eliminazione di HCV. *Quaderno di ReAdfiles*, Suppl. 2, anno 20: 10-15.
- Nava F.A., Alberti A., Andreoni M., Babudieri M., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018a). For a program of eradication of hepatitis C in the population at risk (drug users and convicts). *Acta Biomed.*, 89 (Suppl. 10): 33-41. DOI: 10.23750/abm.v89i10-S.7968.
- Nava F.A., Lucchini A., Trevisi L. (2018b). Modello integrato di presa in carico del PWID con HCV: ritorno di salute e costi evitabili per il Sistema Sanitario. *ReAdfiles*, 19: 35-38.
- Nava F.A., Lucchini A., Riglietta M., Cammarata L., Fasciani P., Tavanti G., Trotta P., Trevisi L. (2020a). Barriers for HCV treatment in Italian Drug Abuse Service: data from a multicentric observational study (SCUDO Project). *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*, 54: 24-28.
- Nava F.A., Chiesa A., Strepparola G., Pennisi G., Vitali R.G., Trevisi L., Lucchini A. (2020b). The earlier the better. The cost of health services in treating PWIDs with chronic hepatitis C: results from a non-interventional study. *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*, 54: 44-49.
- Nelson P.K., Mathers B.M., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic review. *Lancet*, 378: 571-583.
- Polaris Observatory (2019). www.polarisobservatory.com/ Accessed October 2.
- Ponziani F.R., Gasbarrini A., Pompili M., Burra P., Fagioli S. (2011). Management of hepatitis C virus infection recurrence after liver transplantation: an overview. *Transplant Proc.*, 43(1): 291-295. DOI: 10.1016/j.transproceed.2010.09.102.
- Ponziani F.R., Mangiola F., Binda C., Zocco M.A., Gasbarrini A., Flore R. (2017). Future of liver disease in the era of direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C. *World J. Hepatol.*, 9(7): 352-367. DOI: 10.4254/wjh.v9.i7.352.
- Razavi H. (2018). HCV elimination in Europe: burden pathways and cost. *Presentation at European Union (EU) HCV Policy summit*. www.hcvbrusselssummit.eu/images/summits/summit2018/HCV_Policy_Summit_MasterSlideDeck.pdf.
- Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze (2020). Available from: www.politicheantidroga.gov.it/attivita/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2020-dati-2019.
- Rossi C., Butt Z.A., Wong S., Buxton J.A., Islam N., Yu A., Darvishian M., Gilbert M., Wong J., Chapinal N., Binka M., Alvarez M., Tyndall M.W., Krajden M., Janjua N.Z. (2018). Hepatitis Testers Cohort Team. *J. Hepatol.*, 69(5): 1007-1014.
- Ruggeri M., Coretti S., Romano F., Kondili L.A., Vella S., Cicchetti A. (2018). Economic evaluation of the hepatitis C virus treatment extension to early-stage fibrosis patients: evidence from the PITER real-world cohort. *Value Health*, 21(7): 783-791.
- Scott N., Iser D.M., Thompson A.J., Doyle J.S., Hellard M.E. (2016). Cost-effectiveness of treating chronic hepatitis C virus direct-acting antivirals in people who inject drugs in Australia. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 31(4): 872-882. DOI: 10.1111/jgh.13223.
- Stanaway J.D., Flaxman A.D., Naghavi M., Fitzmaurice C., Vos T., Abubakar I., Abu-Raddad L.J., Assadi R., Bhalrao N., Cowie B., Forouzanfar M.H., Groeger J., Hanafiah K.M., Jacobsen K.H., James S.L., MacLachlan J., Malekzadeh R., Martin N.K., Mokdad A.A., Mokdad A.H., Murray C.J.L., Plass D., Rana S., Rein D.B., Richardus J.H., Sanabria J., Saylan M., Shahraz S., So S., Vlassov V.V., Weiderpass E., Wiersma S.T., Younis M., Yu C., El Sayed Zaki M., Cooke G.S. (2016). The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 388(10049): 1081-1088. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7.
- Stevens E.R., Nucifora K.A., Hagan H., Jordan A.E., Uyei J., Khan B., Dombrowski K., des Jarlais D., Braithwaite R.S. (2019). Cost-effectiveness and a combined intervention of syringe access and medication assisted therapy for opioid use disorders in an injection drug use population. *Clin. Infect. Dis.*, 11 pii: ciz 726. DOI: 10.1093/cid/ciz726 [Epub ahead of print].
- Stroffolini T., D'Egidio P.F., Aceti A., Filippini P., Puoti M., Leonardi C., Almasio P.L., DAVIS Drug Addicted, HCV Prevalence in Italy an Epidemiological, Observational, Cross-Sectional, Multicenter Study participating centers (2012). Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy. *J. Med. Virol.*, 84(10): 1608-1612. DOI: 10.1002/jmv.23370.
- Taylor M. (2019). *What is sensitivity analysis? Newmarket, UK: Hayward Medical Communications*. Available from: www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_sens_analy.pdf.
- Taherkhani R., Farshadpour F. (2017). Global elimination of hepatitis C virus infection: progress and the remaining challenges. *World J. Hepatol.*, 9(33): 1239-1252. DOI: 10.4254/wjh.v9.i33.1239.
- van Santen D.K., de Vos A.S., Matser A., Willemse S.B., Lindenburg K., Kretzschmar M.E., Prins M., de Wit G.A. (2016). Cost-effectiveness of hepatitis C treatment for people who inject drugs and the impact of the type of epidemic; extrapolating from Amsterdam, the Netherlands. *PLoS One*, 11(10): 0163488. DOI: 10.1371/journal.pone.0163488.
- Vietri J., Prajapati G., El Khoury A.C. (2013). The burden of hepatitis C in Europe from the patients' perspective: a survey in 5 countries. *BMC Gastroenterol.*, 13: 16. DOI: 10.1186/1471-230X-13-16.
- Vold J.H., Aas C., Leiva R.A., Vickerman P., Chalabianloo F., Loberg E.M., Johansson K.A., Fadnes L.T. (2019). Integrated care of severe infection diseases to people with substance use disorder. *BMC Infect. Dis.*, 19(1): 306, DOI: 10/1186/s12879-109-3918-2.
- WHO (2016). *Global report on access to hepatitis C treatment - Focus on overcoming barriers*. www.who.int/hepatitis/publications/hep-c-access-report/en.
- WHO (2017). *Global Hepatitis Report*; www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en.

X CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

PER
UNA MEDICINA
DEL TERRITORIO
DA RIFONDARE

*Il ruolo dei servizi
delle dipendenze
nella nuova
sanità pubblica*

save the date

3 | 4 | 5 novembre 2021

Sulla base di come evolverà la situazione pandemica nel prossimo Autunno la Federazione si riserva la decisione di organizzare il Congresso in presenza o in modalità Virtuale

TOPICS | AREE

- CLINICA
- ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
- LEGISLAZIONE E GOVERNANCE
- FORMAZIONE
- POST COVID



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

www.federserd.it

Provider ECM accreditato standard n. 908 Ente Formatore Accreditato per Assistenti Sociali

Per informazioni SEGRETERIA NAZIONALE FeDerSerD

Via Matteotti 3 - 22066 Mariano Comense - Co
tel 031 748814 - fax 031 751525
Email federserd@expopoint.it

www.federserd.it - www.expopoint.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

Z Houses. Nuovi servizi dedicati ai giovani nel Dipartimento Dipendenze della ASL Napoli2Nord

Vincenzo Lamartora*

SUMMARY

■ *The study focuses on the characteristics of the Generation Z – that is, young people born from 2000 to today. These are digital natives, who own various devices and use them for several hours per day.*

Social communication is fast, iconic, changeable. Social media are used not only to exchange content, but also to structure emotional relationships and to abreact tensions and emotions.

These young people were born into mononuclear families. They no longer recognize the normative authority of the father and family of origin. They are much more susceptible to social influences. The peer group is chosen to confer identity, as a vehicle for experiencing.

Experience, multiple, often extreme or dangerous, is the main tool for growth, having supplanted learning by means of legislation and symbolism. These guys are notoriously distant from the current Public Addiction Services. They perceive them as old and inadequate. They don't represent themselves as addicts, they don't understand why they should be healed, or what they should be healed from.

Furthermore, they perceive the current operators, with their specialist training, as useless to their hunger for experience.

As a result of these anthropological and technological changes, the Author puts forward a series of reflections on the changes to be made in the Addiction Services – in order to become attractive for these young abusers – and gives as an example the Youth Services programmed in the Addiction Department Pathologies of the Napoli2Nord ASL, from the Z. House to the Ser.D. Web. ■

Keywords: *Generation Z, Social, Identity, Peer leader, Addiction, Department for Addiction Treatment, Transitional area, Conservatory, Ser.D. Web, Radio Web, Gamification, Z. House.*

Parole chiave: *Generazione Z, Sociale, Identità, Peer leader, Dipendenze, Dipartimento delle dipendenze, Area di transizione, Conservatory, Ser.D. Web, Radio Web, Gamification, Z. House.*

First submission: 06/04/2021, accepted 10/05/2021

Available online: 08/07/2021

Introduzione

Una riflessione sui bambini e gli adolescenti “abusers”, oggi, non è più soltanto una discettazione clinica; è invece una questione sociale e antropologica, poiché l’assunzione e l’abuso di oggetti concreti o virtuali fin dall’infanzia è un fatto dilagante e

* Ufficio di Presidenza di FederSerD, Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli2Nord, Full Member della International Psychoanalytical Association, Docente di Neuropsicoanalisi delle Dipendenze Patologiche presso la Scuola di Specializzazione della Facoltà di Psicologia, Università di Torino.

incontestabile, che coinvolge e investe le società occidentali e sta avviando dei cambiamenti antropologici.

Alcune evidenze d’apertura.

Lancet, febbraio 2020.

Il gruppo di ricerca stima che su un campione vastissimo di circa 2 miliardi di giovani, cooptati in ogni parte del mondo (195 Paesi) e con un’età anagrafica compresa tra gli 11 e 21 anni – i comportamenti sociali più rappresentativi sono l’abuso di cibo, l’alcool e la violenza verbale e fisica.

EMCDDA. In Europa, nell’ultimo anno, la prevalenza del consumo di droghe nella fascia anagrafica 15-24 anni è stato del 18%. Cioè, quasi un giovane su cinque, in Europa, fa uso di almeno una sostanza additiva. E l’Italia, insieme a Spagna e Francia, è al primo posto in Europa.

La Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza denuncia che tra gli adolescenti è in costante aumento l'uso di droghe, ma i Servizi Pubblici e le Comunità Terapeutiche non riescono a intercettare questo fenomeno sempre più sommerso. Il mercato degli stupefacenti è cambiato, diventando sempre più capillare sul territorio, con costi delle droghe sempre più bassi; e dall'inizio della pandemia Covid c'è una nuova forma di approvvigionamento, quella dei siti web.

Tante nuove sostanze illegali hanno affiancato quelle tradizionali, ma i servizi territoriali sono rimasti gli stessi di 20 anni fa, con pochi fondi per la prevenzione, una legge risale che al '90 e senza strumenti adeguati per aiutare i nuovi utenti, visto che il sistema è basato sulla figura dell'eroinomane.

La nomofobia, cioè la paura di restare privi di connessione internet. Il termine è stato coniato per la prima volta in un rapporto ufficiale dell'ente di ricerca britannico YouGov, e significa letteralmente "no-mobile-phone phobia". Nello specifico è emerso che il 53% dei possessori di smartphone vive un vero e proprio stato di ansia quando perde il proprio cellulare, esaurisce la batteria o il credito residuo o non ha copertura di rete".

Se queste sono le evidenze sull'utilizzo di stupefacenti, comportamenti additivi o dispositivi digitali nell'infanzia e adolescenza, occorre intraprendere una riflessione articolata sulle ragioni di tale dilagante utilizzo, ed elaborare proposte di riforma dei Servizi per le Dipendenze, al fine di intercettare questo sommerso giovanile.

La costruzione dell'identità

Nella discussione sulla costruzione dell'identità è imprescindibile dichiarare da subito a quale modello analitico esplicativo ci si riferisce.

Personalmente, trovo che nell'ambito della teoria psicodinamica freudiana, diversi modelli aggiornati riescano a chiarificare in modo convincente l'iter dell'organizzazione del Sé.

In particolare, G. Sasso nei suoi due volumi – *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Astrolabio, Roma, 2006 e *Lo sviluppo della coscienza*, Astrolabio, Roma, 2011 – sostiene che:

- L'interazione con la madre, quotidiana, reiterata, permette l'iscrizione delle diverse parti del corpo – organi, apparati, morfologie semplici e interrelate – sulla tela psichica.

Interazione dopo interazione, un organo, un apparato, una funzione fisiologica, una capacità relazionale vengono iscritti sulla tela neuronale, cioè apprese, rappresentate, di modo che col passare dei mesi, sulla tela neuronale-rappresentazionale si forma un **analogon** del corpo, dello schema corporeo di cui parlava già Paul Schilder negli anni '40.

Questo *analogon*, diverso da soggetto a soggetto, è più simile a un quadro di Bacon che a una tela di Raffaello, poiché ciascun individuo presenta delle asperità, dei "nodi" sulla propria tela neuronale, e poiché la mano inconscia del copista – che è la madre – non riproduce con la stessa motivazione e fedeltà le diverse parti del corpo.

- In età di latenza, e poi in adolescenza, su questo *analogon* del corpo si iscrive il simbolico, veicolato dal Padre; il simbolico, lega le rappresentazioni di sé e del mondo e ne fa dei *fantasmi*, delle rappresentazioni integrate capaci di abreagire per via noetico/narrativa le nostre compulsioni e i nostri stati somatici. Il ricorso alle rappresentazioni di terzo livello (quelle digitali) non è quindi un fatto nuovo: l'osservazione di un paesaggio, e poi le arti, sono sempre stati delle "soluzioni" (come le chiama J. Lacan) simili, anche se l'evoluzione tecno-

logica del 21° secolo e la pixelizzazione delle immagini hanno reso il digitale l'ultima scena rappresentativa del simbolico.

L'identità negli anni '60

Negli anni '60, l'identità può essere compresa attraverso un diagramma in cui sulle ascisse troviamo il ruolo normativo del Padre, ovvero delle istituzioni comunitarie che esplicano un potere di modellazione identitaria: scuola, famiglia, lavoro, chiesa, stato; e sulle ordinate troviamo il numero di componenti una famiglia.



Il diagramma, chiuso come un quadrato, rappresenta l'ambiente della socializzazione nelle varie epoche storiche: negli anni '60 era la comunità reale; nel terzo millennio è la community dei social.

Partendo dalle ascisse, con il "Nome del Padre" si intende la funzione normativa della famiglia in generale, ed estensivamente la funzione normativo-sanzionatoria dello Stato, della scuola, della chiesa, della cultura, del lavoro.

Negli anni '60, questa funzione era fortissima. Il padre, e i suoi "doppi" sociali, riuscivano a svolgere la funzione di legare le spinte pulsionali di un adolescente a una serie di rappresentazioni simboliche – condotte, obiettivi sociali – che ne impedivano l'abreazione diretta e favorivano l'elaborazione di quel modo di sapersi uniformare ad altri adulti simili e similmente asserviti a uno stesso quadro valoriale e normativo.

Stante così le cose, l'identità acquisita dal giovane adulto era simile a un vestito ereditato dal padre e dalla famiglia – con cui ci si identificava e di cui si assumevano gli obiettivi sociali –; un abito che si era pronti a indossare sulla soglia dei '18; un'uniforme di sé e della famiglia.

Nel diagramma identitario degli anni '60, sull'asse delle ordinate va messa la composizione demografica della famiglia.

La famiglia tipica, nei '60, era composta da tre generazioni che coabitavano, nonni, genitori e figli, e da almeno 6-8 membri: due nonni, due genitori e 4-6 figli.

Ciò significa una scena pedagogica affollata nella quale ogni bambino/adolescente è costretto a:

1. Confrontarsi con due generazioni di padri e nonni: lo scambio quotidiano con nonni e genitori confronta i figli con la memoria, con la trasmissione di una coine, con una coorte di saperi ed esperienze che fanno della esperienza familiare una storia collettiva.

È il caso della tradizione orale, ovvero della trasmissione delle tradizioni con cui i vecchi plasmavano i giovani, e che assi-

mila le narrazioni degli Indiani d'America con quelle degli Ebrei sfuggiti alla Shoah.

2. Ma oltretutto confrontarsi con altre due generazioni, ogni bambino/adolescente negli anni '60 era costretto a confrontarsi con almeno altri 4-6 fratelli edipici.

Tale competizione con fratelli e sorelle diversi da Sé addestrava ciascuno dei figli a confrontarsi con gli altri per emergere, per diventare il leader riconosciuto; lo addestrava alla differenza: ognuno dei fratelli è portatore di istanze proprie, spesso espulsive, e occorre imparare a convivere, a integrare tale differenza, ovvero a prendere il buono di ciascuno di essi.

L'identità nel terzo millennio

Negli ultimi 40 anni del Novecento, diversi e complessi fenomeni sociali cambiano il diagramma identitario.

Innanzitutto, lo spostamento di milioni di persone – avvenuto nell'immediato dopoguerra – dalle campagne alle aree urbane determina uno spostamento del baricentro tra natura e cultura, tra bioritmi naturali e ritmi di vita artificiali, determinati dall'organizzazione capitalistica delle economie. Questo esodo interno scompagina la famiglia agricola, che è costretta a contaminarsi con le influenze valoriali provenienti dal nuovo habitat urbano.

L'insegnamento familiare viene contaminato e soppiantato da quello scolastico-statale, che se da un lato uniforma valori e conoscenze, dall'altro soppianta la produzione locale di beni e servizi con prodotti diversi e internazionali.

Secondo, la diffusione dell'alfabetizzazione scolastica e della televisione rendono uniforme la *coine* nazionale, che scalza il dialetto, ovvero la lingua della famiglia. Nel trentennio '50-'80, la stragrande maggioranza degli italiani parlerà la stessa lingua – l'italiano – andrà a scuola, si formerà allo stesso modo, guarderà gli stessi programmi televisivi.

La radio e la televisione entrano nelle case e vengono divorate dalle mamme e dai figli, poiché rappresentano strumenti di emancipazione da ruoli familiari e sociali immutabili.

A questa rottura dell'involucro rigido della famiglia patriarcale, va aggiunta la rivoluzione giovanile, sessuale e femminile degli anni '70. Il messaggio è tipico del contropotere: è possibile crescere, vivere, godere ed essere autonomi anche al di fuori del padre, contro l'establishment.

La Rivoluzione giovanile, la rivendicazione della libertà sessuale, il femminismo, la parità di diritti, le rivendicazioni salariali, la lotta per la scala mobile; la diffusione dei contraccezioni, minano profondamente il *pater familias*, il suo potere normativo, il suo indirizzo educativo.

Non è più Lui a imporre un destino di vita ai figli e alla moglie. Giovani e donne, si autodeterminano, scelgono i propri modelli identificatori al di fuori della famiglia o della comunità locale.

Un parterre diventato affollato: artisti rock, black panther, poeti maledetti, road writers, mistici induisti e buddisti, scene e filosofie orientali, pittori e scultori avanguardisti: tutti concorrono a smantellare il nome del Padre, e il suo abito identitario ereditato. Oramai, l'identità è costruita fuori della famiglia, nella scena sociale.

D'altro canto l'emancipazione femminile, l'aumento dell'occupazione femminile, il traguardo della realizzazione individuale che sostituisce quella voluta dalla famiglia, fanno sì che la capacità riproduttiva del padre e dalla madre diminuisca.

Alla soglia del III millennio, la famiglia tipica italiana conta 1,1 figli per coppia, e in casa ormai ci sono non più tre generazioni

a confronto ma tre individui che non si confrontano: padre, madre e figlio.

La nascita del gruppo dei pari

Va da sé che in una famiglia impoverita demograficamente, e caratterizzata da spinte autoreferenziali e centrifughe, il figlio non trovi più possibilità di confronto, di scambio, di crescita con i fratelli, ma con i "pari", reperiti fuori dell'ambito familiare, nel "gruppo".

Il gruppo dei pari soppianta quello dei fratelli, e offre una scena alternativa su cui costruire la propria identità. Al prezzo tuttavia di scosse sociali.

A differenza della famiglia tradizionale che – l'abbiamo detto – addestrava gli adolescenti alla competizione e all'integrazione della differenza, ovvero a una complessità acquisita per via introiettiva, il gruppo dei pari addestra invece alla identità, poiché sceglie o espelle i propri membri in base all'identità di pensieri, emozioni, condotte, valori, beni e servizi utilizzati.

Nel gruppo dei pari ci si veste allo stesso modo, si cerca e si trova consonanza emotiva, ci si ritrova identici nell'appartenenza politica o apolitica, nella musica scaricata da internet, nello stile comunicativo, nello slang.

È un gruppo – quello dei pari – che elegge e predilige gli identici, che espelle o bullizza i differenti, e semmai acquisisce complessità per via esperienziale, ovvero facendo le stesse esperienze gruppali di studio, di ricerca, di abuso, di promiscuità.

L'esperienza – sempre più estrema e gruppale – diventa il marchio dell'adolescente che costruisce la propria identità molteplice, per via euristica.

La rivoluzione digitale e la globalizzazione

Alla fine degli anni '70, ai tanti elettrodomestici già in uso – dalla radio alla televisione alla calcolatrice – si affiancano i personal computer. E internet.

La storia dei PC è una storia affascinante, raccontata in decine di pubblicazioni. La nascita e lo sviluppo della IBM coincide con una trasformazione del lavoro e delle relazioni interpersonali, per cui ogni scrivania – per lo meno pubblica – avrà (già alla fine degli anni '80) un computer Olivetti o IBM. Questo *device* cambia il lavoro, rende i processi produttivi più veloci, accelera la ricerca, le nuove tecnologie, le ricerche civili e militari. E connette più uomini tra loro, più Regioni, Nazioni, Paesi del Mondo. Nel 1991, Tim Berners Lee elaborò il primo sito web della storia, il primo browser del mondo.

Nel 1998, centinaia di milioni di computer al mondo erano già connessi tra loro attraverso connessioni ISDN e DSL.

All'inizio degli anni 2000, i primi grandi fornitori di servizi e contenuti digitali (Google, YouTube, Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram) rendono immediato il ricorso alla connessione a distanza, e contribuiscono a sostituire la relazione di prossimità con oggetti concreti con la relazione virtuale e distale con oggetti e soggetti digitali. L'esperienza diventa quella digitale della rete. L'agorà adesso è internet. Il gruppo di riferimento dei pari viene sempre più affiancato e soppiantato da quello dei SOCIAL.

Generazione Z e internet addiction

I SOCIAL MEDIA rappresentano un cambiamento nel modo in cui la gente legge, apprende e condivide informazioni e contenuti.

Con i social cambia radicalmente il modello di comunicazione tipico dei media tradizionali (radio, stampa, televisione): il messaggio non è più del tipo “da uno a molti” (prevalentemente monodirezionale), ma di tipo “peer”: più emittenti e alto livello di interazione. Questo cambio di modello comunicativo porta a una democratizzazione dell’informazione, trasformando le persone da “mere” fruitrici di contenuti a editori esse stesse.

I social media sono diventati molto popolari perché permettono alle persone di utilizzare il Web per stabilire relazioni di tipo personale o lavorativo. I social media sono diversi dai media industriali come giornali, televisione e cinema.

Mentre i social media sono strumenti relativamente a basso costo che permettono a chiunque (anche soggetti privati) di pubblicare ed avere accesso alle informazioni, i media tradizionali richiedono cospicui investimenti finanziari per pubblicare informazioni. I parametri che aiutano a descrivere le differenze tra i due tipi di media sono molteplici:

1. accessibilità: i mezzi di produzione dei media industriali sono generalmente di proprietà privata o statale; gli strumenti dei social media sono disponibili da ciascuno a un costo contenuto o gratuitamente;
2. fruibilità: la produzione di mezzi industriali richiede in genere formazione e competenze specialistiche; i social media invece no, cosicché ciascuno può gestire i mezzi di produzione;
3. velocità: il tempo che intercorre tra le informazioni prodotte dai media industriali può essere lungo (giorni, settimane o anche mesi) in confronto al tempo impiegato dai social media;
4. permanenza: una volta creati, i mezzi industriali non possono essere più modificati, mentre i social media possono essere cambiati quasi istantaneamente mediante commenti e modifiche.

La nascita dei social e l’utilizzo quotidiano dei social da parte soprattutto dei giovani e giovanissimi, segna la fine delle società tradizionalmente conosciute da millenni, tanto da far parlare di *rivoluzione antropologica*.

Generazione Z

Nel 2012, USA Today ha sponsorizzato un contest online per i lettori per scegliere il nome della generazione successiva ai Millennials. Vinse il nome Generazione Z.

I nati appartenenti a questa generazione vanno dal 2000 ai giorni nostri. Questa generazione è stata la prima a poter usufruire di Internet sin dall’infanzia.

Con la rivoluzione del web che ha caratterizzato gli anni ‘90, la Generazione Z è stata esposta a una quantità di “tecnologia” impensabile per i predecessori. Un articolo del Pew Research Center riporta come “quasi i tre quarti dei teenager possiede uno smartphone o ha accesso a uno smartphone”. Gli adolescenti sono più propensi a condividere informazioni personali online rispetto al 2006. Molti teen continuano ad usare Facebook poiché ritengono che la partecipazione sia importante al fine di socializzare con amici e coetanei. Twitter e Instagram stanno aumentando la loro popolarità. Snapchat è diventato un social molto attraente per questa generazione perché video, immagini e messaggi sono spediti più velocemente che con altre piattaforme. L’utilizzo dei social media non è solo finalizzato ad essere aggiornati su ciò che succede nel mondo, ma anche e soprattutto per sviluppare e mantenere vive relazioni con persone vicine. L’uso dei social media è diventato parte integrante delle vite quotidiane di coloro che nella Generazione Z hanno accesso

alla rete: quello che ne consegue è un vasto utilizzo dello smartphone in termine di ore.

Questa continua screen experience, questa continua connessione ha molteplici spiegazioni: l’offerta di devices a basso costo, l’uso condiviso della rete, l’attrattiva dei messaggi subliminali e consumistici sui social, la possibilità di scaricare la propria aggressività in modo virtuale e reversibile; la possibilità di socializzare le perdite e i lutti; la possibilità di superare la morte – il game over – con la ripresa del gioco. Ma a mio avviso, un ulteriore elemento rende così simbiotico il legame tra un giovane Z e gli schermi o i social cui ha accesso. La possibilità di sfuggire alla dimensione *verticale* che caratterizzava la società e la famiglia tradizionale dello scorso millennio. La verticalità, la castrazione, la relazione alto-basso è stata l’ossatura simbolica del potere, del padre, del parroco, del capufficio. Soppiantata e sbiadita questa verticalità, la dimensione della *orizzontalità* si è imposta.

La relazione tra pari, quella permessa dai social, è fondamentalmente una relazione orizzontale in cui il bambino o il sottoposto non è più soggiogato dal padre o dal superiore, dal “presunto supposto sapere” (J. Lacan); non è più obbligato a guardare il padre dal basso in alto.

Tale dimensione orizzontale permette di sfuggire al controllo dell’Altro, di guardare da pari a pari l’altro, dunque di svincolarsi dal controllo, dalla castrazione, dalla vergogna. Il bambino che interagisce sui social non è l’ANTI-EDIPO degli anni ‘70, è l’OUT-EDIPO. La sua identità si costruisce facendo esperienze di interazione non tanto con i familiari o con i pari di prossimità, quanto con i pari interconnessi sui social. E queste interazione sugli schermi, sui social, sono così native e continuative che i bambini e gli adolescenti apprendono migliaia di rappresentazioni di Sé e del mondo.

Attraverso la social approval o disapproval – i “like” – essi imparano ad adattarsi a un universo molteplice, cioè a un “multiverso” (come lo chiama G. Marramao nel suo libro *Passaggio a Occidente*, Bollati, 2003) in cui convivere con diverse competenze della propria personalità, costituitasi come OUT-EDIPO. L’identità della Generazione Z è:

1. molteplice;
2. fluida;
3. reversibile;

è cioè costituita da molteplici OUTFIT che permettono al bambino e all’adolescente di registrare/postare su Tik Tok un video allusivamente sessuale e, insieme, un Concerto di Bach.

I Ser.D. e i giovani Z

Questi bambini e questi adolescenti – com’è ormai chiaro – non sono più figli di una padre e di una madre (che dal canto loro non sono più genitori soltanto di un figlio), ma di una community più allargata, che travalica la famiglia, la scuola, il quartiere, e coincide con la rete dei social. Questi bambini e questi adolescenti non li ritrovi più sulla verticale del potere o della conoscenza o della produttività, ma sulla orizzontale egalitaria dei social, dove uno vale uno.

Svincolati dalla verticale del potere, della conoscenza, della generatività e del controllo, questi giovani Z, questi bambini Z, questi nativi digitali vedono le nostre Strutture come distanti o sconosciuti, per molteplici motivi:

- innanzitutto, essi non apprendono più nella relazione con un “soggetto presunto sapere” (J. Lacan) – quali sono i nostri Operatori;

- non hanno una rappresentazione di sé come dipendenti, sia perché non hanno di sé una sola rappresentazione, ma molteplici rappresentazioni identitarie, sia perché nelle loro esperienze, gli abusi non sono devianze o patologie da curare, ma esperienze comuni, condivise e controllabili, una COINÈ, e fanno parte della costruzione della propria identità;
- figuriamoci poi le nostre organizzazioni, così radicate territorialmente, stipate di specialisti (medici, sociologi, psicologi, infermieri, assistenti sociali) votati alla normalizzazione del paziente, o alla terapia, o allo *spiegone* su come ci si deve comportare da adulti, tanto da far pensare al film "Harold e Maude": un stanza chiusa – quella del colloquio – libri e crocifissi alle pareti, lauree e specializzazioni, una scrivania che divide un *soggetto presunto sapere* da un paziente presunto incapace di regolare le proprie pulsioni, un paziente da *agganciare e ritenere in trattamento!*;
- nonostante sia chiarissimo che il dilagare del consumo di droghe tra i giovani sia arrivato al 18%; nonostante sia evidente a noi operatori che quasi tutte le morti giovanili siano dovute all'assunzione di droghe; nonostante tutte le maggiori Agenzia nazionali e internazionali di salute pubblica (OMS, EMCDDA, UNODC, ISS; DPA; MINISTERO; Federazioni Scientifiche) ci dicano che gli abusi e le dipendenze giovanili sono una patologia da trattare, nonostante questo, l'estraneità che i giovani della Generazione Z provano nei nostri confronti è pari a quella che noi proviamo se immaginiamo di entrare in un Rave Party!

I nuovi Servizi per i giovani nel dipartimento dipendenze patologiche della ASL Napoli2Nord. Le Z. Houses

I Servizi per i giovani devono essere la rappresentazione dei giovani che vogliono intercettare.

Più analiticamente, occorre dire che in un arco di tempo plausibile – tipo dieci anni, il tempo di un ricambio generazionale di operatori e amministratori – è necessario assumere delle trasformazioni in "O" – come le chiama lo psicanalista inglese W.R. Bion –, ovvero lavorare affinché in noi operatori si producano delle trasformazioni che ci permettano di intercettare coloro che vogliamo intercettare – bambini e adolescenti abusatori –.

E siccome il bambino o l'adolescente sono dentro di noi, nelle nostre memorie somatiche ed esperienziali, le trasformazioni in "O" sono quelle che ci permettono di incontrare le nostre istanze e le nostre stesse rappresentazioni infantili. Ciò significa che, per rendere i nostri Servizi pubblici capaci di interessare e accogliere anche gli adolescenti oggi distanti, dobbiamo cominciare per lo meno a pensarle, queste trasformazioni.

Trasformazioni che riguardano le caratteristiche strutturali e funzionali dei nostri Servizi che dovranno essere, a nostro avviso:

- **Architetture:** aperti, incentrati nei luoghi tipici dell'aggregazione giovanile, disseminati sul territorio. A volte INFO POINT collocati all'interno dei Centri Commerciali; a volte delle aree CHILL OUT rispetto a una discoteca o un evento giovanile; alcune volte strutture dalle forme e dai materiali innovativi, smart ed ecosostenibili (legno, vetro, plastiche), inseriti in contesti periferici urbani; altre volte mobili, camper, tende, tensostrutture passibili di essere mobilizzate, personalizzate dagli adolescenti, aperti, non vincolate e non vincolanti, non radicati territorialmente. E soprattutto, non connotati da insegne sanitarie o sociali.

- **Funzionalmente:** attraversati da diverse età e generazioni; sostenuti da processi di lavoro adattabili ai mutamenti ambientali; servizi che non puntino alla ritenzione al trattamento, ma che possano essere – al contrario – trovati e lasciati, com'è tipico degli "oggetti transizionali" Di D. Winnicott: luoghi, aree e ambiti "intermedi" tra la abreazione del craving e la simbolizzazione; luoghi che favoriscano l'evoluzione degli adolescenti attraverso l'interazione, la relazione "debole" con "compagni adulti" (come li chiama la ARPAD), con *pari* adulti.

E l'esperienza, nella relazione, è possibile quando non si sia vincolati per sempre all'altro, all'Operatore, al Servizio; quando non si sia costretti e firmare un contratto terapeutico; quando si capiti in un luogo e in una relazione in cui si possa avere la possibilità di prendere/assumere/comprendere qualcosa, senza doverla pagare o scambiare con un vincolo di appartenenza o di legame.

- **La Mission** dei nostri futuri Servizi per i giovani dev'essere innanzitutto quella della integrazione, e poi quella della cura o della presa in carico.

La nostra mission possibile con i giovani Z è l'integrazione dei loro aspetti compulsivi con quelli produttivi e adattativi. La cura, il cambiamento, la riduzione e la scomparsa dell'abuso verranno da sé, se saremo stati capaci di far crescere nei giovani le loro altre dimensioni, quelle affettive, quelle produttive, quelle creative, quelle generative

Occorre puntare all'integrazione per ottenere la cura! Occorre lavorare con i giovani in modo da accompagnarli nella loro crescita, cioè lavorare sulle loro esperienze estreme, mentre le si ascolta e affianca, se proprio non è possibile condividerle. Questa funzione di pari adulto, di compagno adulto, non è quindi una funzione normativa o terapeutica, ma una funzione maieutica.

Compagno adulto o educatore è colui che sa ascoltare empaticamente, sa apprezzare il punto di vista e il vissuto dell'altro, sa elaborarlo e restituirlo sotto forma di fantasia o di nuova domanda che attiva un lavoro interiore, nel giovane: un lavoro di integrazione.

- **La formazione degli Operatori** dei futuri Servizi per i giovani. Dunque, per favorire cambiamenti e interazioni tra i giovani, occorrono operatori che abbiano competenze specialistiche e allo stesso tempo training personale. L'analisi e l'esperienza di sé sono le traiettorie formative fondamentali per diventare Operatori nei Servizi per i Giovani.

Al pari del sapere tecnico e specialistico, il lavoro analitico o euristico su di sé è utilissimo, visto che i bambini, gli adolescenti, i giovani Z non apprendono più per via simbolica ma per via euristica; non costruiscono più la loro identità per via normativa ma per via esperienziale.

Per questo, occorrerà che gli Operatori dei servizi per i giovani vengano sostenuti da gruppi Balint, in cui settimanalmente possano elaborare in modo gruppale i resti delle relazioni di accompagnamento con i giovani Z. È un'esperienza, questa dei gruppi Balint, diffusa e consolidata, che risulta utilissima in tutti quei contesti ad alta compenetrazione emotiva: per esempio per gli psicologi o educatori che assistono malati terminali, o care givers di soggetti dementi, o educatori di giovani abusatori, appunto.

Inoltre, è necessario che questi operatori dei futuri servizi per i giovani, questi compagni adulti facciano esperienza di come si piloti una regressione temporanea, quella nei panni del giovane o dell'adolescente, e quindi mettano in scena – periodicamente – queste esperienze di condivisione, in setting simili a quelli del teatro living di Julian Beck e Judith Malina.

Nuove strategie per la Generazione Z

Con soggetti complessi, dai molteplici outfit – quali sono i nostri adolescenti – la strategia dei nostri Servizi giovani dev'essere quella di *interessare* i giovani, non quella di *agganciarli e trattenerli*. Interessare significa sottoporre all'attenzione del preconcio un oggetto, laddove agganciare è possibile soltanto ponendo un oggetto nel campo della coscienza. Ma gli adolescenti, per tappa evolutiva, sono allergici alle imposizioni, e sospettosi degli oggetti che focalizzano la loro attenzione.

Come vedremo parlando dei Servizi che stiamo disegnando nel Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli2Nord – meglio è entrare in punta di piedi nel mondo dei giovani, e interessarli con proposte di gioco o di interazione che li lasciano nel ruolo di pari, o che gli lascino la possibilità di rifiutare l'offerta in quel momento, per poi accettarla magari più avanti.

Proprio perché luogo o area transizionale, i servizi per i giovani, le Z. Houses, non devono trattenere, ma lasciar andare, puntare al fatto che i giovani Z siano più interessati a relazioni interpersonali esterne all'ambiente del Servizio, il quale invece deve rimanere un'area di crescita e transizione.

Ancora, tra le strategie delle future Z. Houses vi dovrà essere quella di favorire la socializzazione delle perdite affettive, delle rotture degli adolescenti. Gli Operatori dovranno essere preparati a trasferire sui Social – con gli opportuni strumenti conoscitivi – la sofferenza legata alle perdite affettive. Trasferire questa sofferenza sui social, poiché quella dei social è la scena originaria, nativa, della Generazione Z; socializzare lo scarto delle rotture affettive, poiché altrimenti questa attiverebbe l'altro outfit dei giovani, quello dell'abuso.

Nuove tecnologie per la Generazione Z

- **LA Z. HOUSE** del nostro dipartimento è una conservatory in legno bianco spazzolato e vetro. Una vera e propria casa dei giovani, immersa in una vasta area verde di Pozzuoli – dov'è il nostro Dipartimento delle Dipendenze –. La dimensioni ragguardevoli ci hanno permesso di ubicare in questa conservatory la radio web, la sala prove musicali, e un ambiente per gli incontri informali tra i giovani.

La Z. House è la realizzazione di quanto detto finora sui giovani Zeta, ne è la rappresentazione plastica: aperta, trasparente, non vincolante, non radicata sul territorio, destigmatizzata. L'accesso è quotidiano e libero. Non richiede cartelle né prescrizioni. I giovani non hanno vincoli di programma o di orario.

- Nella nostra Z. House, **L'EDITING DI LIBRI E MUSICA** è considerato una delle tecniche di interessamento migliori per i giovani.

I dati di consumo (vendite di libri e musica, download) dicono di un mercato in crescita, segno di un mezzo espressivo – la musica soprattutto – che continua a parlare a migliaia di giovani e a far parlare i giovani.

Mettere a disposizione dei giovani una sala prove e un supporto per la pubblicazione di libri è un'arma efficace.

- **IL SER.D. WEB.** Il Ser.D. Web è una serie di servizi digitali web-based, fortemente orientati al social networking, atti a creare un ecosistema capace di attrarre e fidelizzare ai Ser.D. utenti non direttamente coinvolti nelle tematiche della dipendenza, in un modo nuovo, accattivante e coinvolgente per operare non solo al servizio dei dipendenti ma anche sulla prevenzione stessa delle dipendenze.

- **YOUNGLE.** Tra questi servizi digitali risultati efficaci nell'interessare i ragazzi giovani e giovanissimi c'è la nostra piattaforma YOUNGLE. YOUNGLE è un progetto ideato e promosso da Comune di Firenze e Regione Toscana attivo dal 2012. YOUNGLE un network nazionale con 15 centri presenti in 10 Regioni. Il progetto prevede l'apertura sui social media (Facebook, YouTube, Instagram) di pagine e profili finalizzati all'intercettazione del disagio adolescenziale.

Youngle è il primo servizio pubblico di ascolto e counseling sui social media, rivolto ad adolescenti e gestito da adolescenti con il supporto di psicoterapeuti, educatori ed esperti di comunicazione. È online due giorni la settimana con due chat dedicate dalle 21 alle 23.

Ognuna di queste realtà ha uno o più social gestito da una redazione composta da almeno dieci peer. I peer sono affiancati da due psicologi.

Il servizio si caratterizza per la capacità di raggiungere un target (adolescenti in difficoltà) che non afferrisce ai servizi del territorio, offrendo contemporaneamente alla relazione di ascolto/aiuto anche la possibilità di accompagnarlo ai servizi del territorio. Ogni attività di ascolto e aiuto online deve essere supervisionata e assistita da uno psicoterapeuta nel corso del suo svolgimento.

Obiettivo: non intervenire nella chat, ma assistere e condividere eventuali difficoltà incontrate dal peer nello svolgimento della chat.

Il progetto è collegato con i servizi territoriali rivolti agli adolescenti (consultori, altri progetti di peer education, servizi per le dipendenze, ecc.).

- **RADIO WEB.** La radio web è uno degli strumenti del Ser.D. Web, ovvero uno degli "organizzatori psichici" – come li chiamerebbe il sociologo e psicoanalista brasiliano A. Ferrari –; il tramite per l'organizzazione e l'espressione del lavoro che il gruppo fa sul singolo giovane. Scrivere un palinsesto o fare lo speaker è affacciarsi all'altro. Segno di una riuscita capacità di incontro, di legame con l'altro.

La radio Web del nostro DDP è stata acquistata dalla nostra direzione aziendale, ma è gestita da giovani compagni adulti della Z. House, cioè da giovani peer selezionati durante le attività di prevenzione nelle scuole o nella Comunità.

Questi giovani peer leader, dotati di adeguati strumenti comunicativi, gestiscono il palinsesto della radio, ne fanno da speaker. Sono giovani che parlano ad altri giovani. Essi costituiscono la prima vera porta d'accoglienza di un giovane abusatore, nel senso che la radio è uno degli strumenti per interessare tali giovani. E questi peer leader gestiscono la radio web come d'altronde gestiscono anche la piattaforma social YOUNGLE, sulla quale incontrano altri ragazzi che cercano aiuto.

- **GAMIFICATION.** La strategia della "gamification", ovvero l'utilizzo di elementi mutuati dai giochi e dalle tecniche di game design per rendere sopportabili quelle esperienze che normalmente non gratificano a sufficienza una persona.

La gamification dunque è una procedura tecnica assimilata a un gioco digitale che genera nei ragazzi utilizzatori un meccanismo di apprendimento e auto miglioramento.

All'interno di quest'area, alcuni prodotti di gamification si rivelano più efficaci di altri, e – a mio avviso – anche più vicini alla cultura e alla formazione mentale dei giovani consumatori di sostanze. Uno di questi prodotti è l'applicazione "Mission-Decision". Si tratta di una "App" basata sul software edu-game "Mission Decision".

Attraverso un gioco narrativo dalla fruibilità immediata, si coinvolge l'utente in un percorso decisionale che diventerà

per lui un'esperienza ludica e formativa capace di attivare un meccanismo di autocoscienza e miglioramento.

La possibilità di aggiungere nuove storie, il confronto anche con il risultato degli altri giocatori, fa di Mission Decision un validissimo supporto agli obiettivi del Ser.D. Web.

- **UN NUOVO MODO DI COMPUTARE I GIOVANI IN CARICO.** Una volta istituito un servizio giovani come la Z. House, occorrerà convenire su un nuovo modo di computare i giovani in carico, più simile a un sistema che valuta il tempo di connessione continuativa di un IP a un server.

Se la presa in carico passerà anche per il Web Ser.D., occorrerà poter fornire alle Agenzie Statali – attraverso un flusso SIND modificato – questi dati significativi sui giovani “interessati” dalle offerte assistenziali del Ser.D.

Sarebbe un lapsus dichiarassimo di interessarci ai giovani e non ci occupassimo di computarli e di valutare i nostri servizi organizzati per incontrare loro.

Conclusioni

Ormai è chiaro che le dipendenze giovanili sono dilaganti e in continua crescita: il 18% dei giovani di età compresa tra i 13 e i 24 anni abusa di una sostanza o di un comportamento additivo. Dai flussi epidemiologici regionali emerge che questi giovani, questa fascia anagrafica, diserta i Dipartimenti e i Servizi per le dipendenze.

Abbiamo cercato di comprendere come i giovani Z siano nativi digitali, messi al mondo in un tempo in cui la tecnologia pervasiva è a loro disposizione per strutturare le relazioni oggettuali di cui hanno bisogno, e per acquisire le conoscenze di cui necessitano. Questi giovani non riconoscono più potere normativo al pater familias né alla famiglia d'origine. La quale a sua volta è costituita da una madre che non si sente amata in casa; da un padre che non si sente riconosciuto dalla moglie, non si sente apprezzato al lavoro e si mantiene distante dai problemi familiari; e da un figlio che essendo privo di fratelli con cui confrontarsi, ritrova nel gruppo dei pari il contenitore nel quale riconoscersi *identico* ad altri ragazzi.

Oggi questo gruppo di pari è traslato sui social. Le loro piazze virtuali sono sovrappopolate di ragazzi che non chattano solo per scambiarsi informazioni ma per strutturare le proprie relazioni affettive, e per abreagire una parte della propria tensione legata alla fase esistenziale o alla propria famiglia disfunzionale.

Nativi digitali come sono, questi ragazzi non riconoscono nei Servizi per le dipendenze alcun interesse. I Servizi sono il contrario di ciò che caratterizza la loro identità e la loro storia: sono fissi, immobili, rigidi, stigmatizzanti, sostenuti da processi di lavoro ingessati, fondati su un paradigma operativo che, per quanto negato, rimane quello medico, ovvero quello della cura/guarigione da una malattia. Ma questi ragazzi non si sentono né malati né bisognosi di un adulto che gli spieghi come curarsi. Possono invece accettare un compagno adulto che li accompagni nelle loro molteplici esperienze e li aiuti a svolgere quel lavoro interiore che porta ad integrare gli aspetti compulsivi di sé con quelli adattativi e produttivi.

Questo percorso di integrazione passa per un rinnovamento delle nostre Strutture e dei nostri Servizi. Rinnovamento strutturale e funzionale. Occorre ripensare i luoghi di accoglienza dei giovani, immaginare delle case dei giovani che noi abbiamo chiamato Z. House, in omaggio alla Generazione Z. Occorre ripensare l'ubicazione di tali luoghi, i materiali costruttivi, i processi di lavoro, facendo sì che questi siano votati ad andare sul territorio all'incontro con i giovani che vivono il territorio e provvisti di quella esperienza e di quel training personale che risultano più efficaci delle specializzazioni universitarie, nel lavoro con i giovani Z. Occorre che i futuri Servizi siano anche luoghi digitali, ovvero che lavorino come i social, come piattaforme di incontro tra giovani, e che sappiano utilizzare strategie e tecnologie della comunicazione nuove, riconoscibili dai giovani ed efficaci. Di qui la necessità che le Z. House siano anche un Ser.D. Web, ovvero si dotino di strumenti come la nostra Web Radio, di app per la gamification, che posseggano sale di prova per la produzione musicale o supporti per l'editing di libri; occorre una nuova selezione del personale destinato a lavorare con i giovani, e occorre cambiare paradigma, puntando a interessare, accompagnare e integrare la complessità diveniente di un bambino e di un adolescente che stanno crescendo.

Se guardassimo il mondo dall'altezza di un bambino, forse vorremmo essere presi in braccio, per guardare il mondo da pari a pari, per guardarsi nell'anima. Da quell'altezza, quella degli adulti, lo sguardo va lontano e ci prende il coraggio di sfidare la vita, di costruire, di incamminarsi. Ma questo, se presi in braccio, se accompagnati. Se possiamo giocare a lungo a fare i grandi, prima di diventarlo.

Bibliografia

- Bion W.R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Commissione Parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, Legge 23/12/1997, n. 541 e Legge 3/08/2009, n. 112.
- Cordiale S., Montinari G. (2012). *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
- D'Alessandro P. (2008). *Su Jacques Derrida. Scrittura filosofica e pratica di decostruzione*. Roma: LED.
- Deleuze J., Guattari F. (2002). *L'AntiEdipo*. Torino: Biblioteca Einaudi.
- EMCCDA (2020). *Relazione Europea sulla droga, Questioni fondamentali*. Lisbona.
- Lacan J. (1976). *Scritti*. Torino: Einaudi.
- Lamartora V. (2018). *Neuropsicoanalisi delle Dipendenze*. Amazon Publishing.
- Lamartora V. (2018). *La civiltà dell'Abuso*. Amazon Publishing.
- The Lancet* (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission, febbraio.
- Marramao G. (2003). *Passaggio a Occidente*. Torino: Bollati.
- Mission* (2017), 1, FeDerSerD, Milano.
- Recalcati M. (2016). *La clinica del vuoto*. Milano: FrancoAngeli.
- Sasso G. (2006). *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Roma: Astrolabio.
- Sasso G. (2011). *La nascita della coscienza*. Roma: Astrolabio.
- Younge, Regione Toscana e Comune di Firenze.
- Wikipedia: Internet.
- Wikipedia: Social.
- Wikipedia: Generazione Z.
- Winnicott D. (1971). *Gioco e Realtà*. Roma: Armando.

🔍 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

Confronto clinico e psicodiagnostico tra pazienti affetti da disturbo da uso di oppiacei, affetti da disturbo bipolare e pazienti affetti da entrambe le patologie, in trattamento

Maria Rosaria Villani*, Marco Pascucci**, Giovanni Barone[^], Matteo Giordano^o, Angelo De Giorgi[§]

SUMMARY

■ Introduction

The World Health Organization (WHO) defines Comorbidity or Double Diagnosis as the coexistence in the same individual of a disorder due to the consumption of psychoactive substances and another psychiatric disorder (WHO, 1995). Although somewhat criticized, this definition allows us to identify a population of patients whose psychopathological characteristics appear peculiar and very often difficult and not univocal diagnostic interpretation; these difficulties frequently lead to cultural ideological diatribes and real difficulties of therapeutic intervention which keep these people in a precarious equilibrium condition with high costs in terms of health and lack of work productivity. In the literature there are numerous works that try to combine etiopathogenetic hypotheses of the psychiatric area with neurotransmitter pathways more typically associated with the world of pathological addictions, outlining a specific psychopathological culture that tries to give answers to difficult diagnostic questions.

Among the various models that try to clarify the etiopathogenetic associations common to addictions and other mental disorders, the one that seems most complete is the hypothesis of “hedonic homeostatic dysregulation” (dyshedonia), a phenomenological correlation of addictions and mental illness which moment would explain the greater frequency of dependence in subjects with bipolar spectrum (also intended as a temperamental trait) as well as the lack of control of impulses or the inability to predict the consequences of their actions. Our study fits into this groove with the aim of providing a contribution to the creation of a neurobehavioral language specific to the world of addictions.

Purpose and Methods

The primary end point of our study is to identify specific symptom dimensions attributable to specific patient populations by frequency in the SCL-90R. Secondly, we investigated the possible existence of common psychopathological characteristics among patients with bipolar spectrum pathology and addiction; finally we evaluated the impact of the double diagnosis on the individual's overall functioning. We enrolled three cohorts of patients: heroin addicts without other psychopathology, heroin addicts with bipolar disorder, patients with bipolar disorder without addiction, all from the Ser.D. and DSM of the province of Foggia.

The diagnosis was formulated through the criterion of clinical observation, supported by psychodiagnostic tools (MMPI-1, SCID 2) and laboratory tests (urinary toxicological tests).

The prevalent symptom dimensions were investigated with the SCL 90R.

Results

No significant data emerged relating to a specific psychopathological dimension for subjects suffering from substance use disorder. Among the subscales of SCL-90, ANX is the common dimension found among bipolar (dual diagnosis) and bipolar heroin addicts. In the comparison between the three groups (heroin addicts without comorbidities, bipolar heroin addicts, bipolar) evaluated globally, the least dysfunctional group was that of heroin addicts. The small size of the samples examined does not allow us to reach definitive results requiring further studies in this sense. ■

Keywords: Dual diagnosis, Opioid use disorder, Bipolar disorder, SCL-90-R.

Parole chiave: Doppia diagnosi, Disturbo da uso di oppiacei, Disturbo bipolare, SCL-90-R.

First submission: 18/12/2020, accepted 9/03/2021

Available online: 08/07/2021

* Gastroenterologa e Psichiatra, Ser.D. San Giovanni Rotondo, ASL di Foggia.

** Dirigente medico psichiatra, SPDC Ospedale "Masselli-Mescia", San Severo (FG).

[^] Dirigente medico, Direttore dell'U.O. S. a valenza dipartimentale del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

^o Medico Psichiatra, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

[§] Dirigente Medico psichiatra, Ser.D. Manfredonia (FG) del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

Introduzione

L'ultimo decennio ha visto il realizzarsi di una rapida e profonda mutazione degli stili di consumo di sostanze d'abuso come anche degli stili di vita delle persone afferenti ai Ser.D.

Dalla relazione annuale al Parlamento del 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga/ Fonte: SIND – Anni 2012-2018) è emerso che, nel tempo, la percentuale degli utenti trattati per uso di oppiacei è risultata in costante diminuzione bilanciata dal trend in crescita registrato per il consumo di cannabinoidi e più marginalmente di cocaina/crack. Da una analisi condotta sui dati resi disponibili dal Sistema Informativo per le Dipendenze (SIND) si è potuto rilevare che il fenomeno della poliassunzione di sostanze è in costante crescita: sulla base della sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 62% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 14% ricorre anche a un'altra sostanza e il 24% ad almeno altre due sostanze.

Gli assistiti che usano primariamente cocaina dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 49% dei casi; il 19% vi associa un'altra sostanza e il 32% più sostanze, quote che raggiungono rispettivamente il 44%, 19% e 37% tra gli utenti in trattamento per uso di oppiacei (1).

Nei Ser.D. gli utenti che nel 2018 presentano almeno una patologia psichiatrica sono 7.860, pari al 6,2% degli assistiti in trattamento: di questi il 63,6% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 16,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 12,0% da schizofrenia e altre psicosi, il 3,1% da depressione e l'1,9% da mania e disturbi affettivi bipolari (2). Tale distribuzione ricalca quanto già emerso dai dati raccolti nel 2017 (1).

Per quanto sopra è possibile stimare che il 6,2% degli utenti afferenti nei nostri Ser.D. presentino una doppia diagnosi conclamata: tale rilievo pone una serie di problemi sia di ordine diagnostico (verosimilmente il dato sottostima la reale prevalenza di doppie diagnosi), terapeutico (ruolo psicopatologico dell'impatto delle sostanze sull'equilibrio psichico, necessità di presa in carico multidisciplinare), riabilitativo (scelta del percorso più appropriato).

I sistemi nosografici di riferimento, il ICD (3) e il DSM-5 (4) non restituiscono una dignità diagnostica alla "doppia diagnosi" intesa quale entità nosografica dotata di caratteristiche psicopatologiche specifiche.

L'evoluzione del sistema categoriale introdotta dal DSM-5 ha rimodulato i confini delle categorie diagnostiche collocando il disturbo bipolare e disturbi correlati tra i capitoli dello spettro della schizofrenia ed altri disturbi psicotici ponendoli "a ponte" tra questi ultimi ed i disturbi depressivi⁴. Nello stesso capitolo nel DSM-5 sono inclusi: disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare e disturbi indotto da sostanze/farmaci, disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione.

Per ciò che riguarda i disturbi da *addiction* le diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze vengono superate coniugandole in un unico disturbo da uso di sostanze la cui gravità viene rapportata ad un continuum da lieve a grave; i criteri diagnostici permangono organizzati sostanzialmente in quattro dimensioni che sono il discontrollo degli impulsi, la compromissione del funzionamento sociale, la scarsa capacità di prevedere le conseguenze dannose dei propri atti, e i criteri di tolleranza ed astinenza.

La revisione dell'impatto esercitato dalle sostanze sul funzionamento complessivo dell'individuo che ha portato a riclassificare le "dipendenze" come *addiction* collocandole, di fatto, nella sfera dei disturbi del comportamento ha, tuttavia, finito per escludere dal *core* sintomatologico l'espressione fenomenologica addebitabile direttamente all'uso della sostanza (4).

Ciononostante è da rimarcare l'interesse dimostrato nell'ultimo decennio dalla ricerca rispetto all'eziopatogenesi delle dipendenze patologiche.

Storicamente sono state invocate teorie di tipo sociologico, psicologico ma solo negli ultimi anni la ricerca si è focalizzata sui correlati neurobiologici individuando nella "disregolazione omeostatica edonica" (la disedonia) un possibile elemento di vulnerabilità come anche la frequente associazione tra disturbo bipolare e dipendenza (6), considerando il primo come fattore di rischio per sviluppo di Disturbo da uso di sostanza, alla stessa stregua di altri fattori come il comportamento antisociale, i comportamenti sessuali a rischio ed il discontrollo degli impulsi (7), e non ultimo la possibilità di delineare una specifica psicopatologia della dipendenza caratterizzata da specifiche dimensioni psicopatologiche.

L'ipotesi della "disregolazione omeostatica edonica" (la disedonia), come correlato neurobiologico su cui si impianterebbe la dipendenza e/o la malattia mentale è stata inizialmente proposta da Koob e Le Moal (5). Questi hanno ipotizzato una "disregolazione omeostatica edonica", attribuendola ad un preesistente *impairment* del funzionamento del sistema meso-cortico-limbico; questa ipotesi spiegherebbe più di altre l'associazione tra dipendenza ed altri disturbi psicopatologici.

Più semplicemente la disregolazione omeostatica edonica (disedonia) potrebbe precedere o al più associarsi, oltre che conseguire, agli effetti indotti dall'assunzione di sostanze psicotrope, fornendo il substrato funzionale sia per le dipendenze che per diversi quadri psicopatologici.

In una review del 2016, Koob *et al.* (7) hanno riformulato l'ipotesi della tossicodipendenza come risultante della disregolazione dei circuiti motivazionali. Gli effetti gratificanti delle droghe d'abuso, lo sviluppo del *craving*, lo sviluppo dell'intossicazione comporterebbero profonde modificazioni funzionali e strutturali nei circuiti dopaminergici oltre che in quelli oppioidergici a livello dei gangli della base; inoltre, secondo questi Autori interverrebbero modificazioni geniche che regolano l'espressione di fattori di trasduzione e trascrizione a livello di diversi neurocircuiti che contribuirebbero a determinare la vulnerabilità di fondo ma anche il mantenimento e la ricaduta associati alla dipendenza.

Numerosi studi sottolineano la possibilità di una stretta correlazione esistente tra dipendenza e bipolarità (intesa come disturbi bipolari tipo I e II, profili temperamentali, ciclotimia), ritenendo quest'ultima un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo da uso di sostanze.

La bipolarità ciclotimica, l'impulsività borderline, le condotte sociopatiche primarie, probabilmente affonderebbero le radici nello stesso substrato genetico-biologico, secondo quanto già sottolineato da Akiskal (8).

La ricerca di un link tra dipendenza e l'espressione fenotipica della bipolarità è stata indagata anche nell'esperienza clinica del PISA-SIA Group: ne è emerso che i disturbi bipolari tipo I rappresentano i disturbi mentali più comuni tra gli eroinomani in trattamento sostitutivo con metadone, mentre la depressione risulta meno frequente (9); il disturbo bipolare di tipo II sarebbe, invece, più frequente tra gli eroinomani in trattamento con naltrexone (10).

Il temperamento ciclotimico ha una maggiore prevalenza nel gruppo di eroinomani in mantenimento metadonico rispetto al gruppo di controllo di non abusatori appartenente allo stesso contesto ambientale (10-11). Inoltre, l'associazione tra tossicomania e ciclotimia è risultata indipendente dalla presenza di doppia diagnosi, suggerendo così un modello caratterizzato da distinte traiettorie di sviluppo psicopatologico.

Per quanto concerne il profilo temperamentale globale, gli eroinomani risulterebbero caratterizzati da una maggiore instabilità affettiva (ciclotimia) e una meno prominente componente di tipo distimico (9).

Allo stato attuale l'ipotesi più suffragata da evidenze è quella per cui l'*addiction* costituirebbe una sindrome clinica a sé stante, caratterizzata da psicopatologia specifica. Somministrando il SCL-90R a pazienti con disturbo da uso di eroina e successivamente anche a pazienti con disturbi da uso di altre sostanze il gruppo di ricerca di Maremmani A.G.I. (12), ha identificato una specifica psicopatologia della dipendenza, caratterizzata da 5 variabili dimensionali dei sintomi psicologici/psichiatrici: tale suddivisione comprende le dimensioni "inutilità e intrappolamento", "sintomi somatici", "sensibilità-psicotismo", "panico-ansia", "violenza-suicidio". Questi gruppi di sintomi si presentano indipendentemente dalle caratteristiche demografiche e cliniche, dall'uso attivo di eroina, dalla cronicità psichiatrica, dai trattamenti ricevuti e, in particolare, da altre sostanze d'abuso utilizzate dal paziente. La dimensione psicopatologica della dipendenza da uso di sostanze permetterebbe, pertanto, di discriminare i pazienti affetti da dipendenza da quelli affetti da altre malattie psichiatriche.

Lo stesso Gruppo aveva già correlato il modello psicopatologico di dipendenza a 5 variabili dimensionali col tasso di ritenzione di pazienti con disturbo da uso di sostanze che effettuano un trattamento residenziale. Dei 2016 soggetti con dipendenza da alcol, eroina o cocaina assegnati a uno dei cinque cluster sulla base del punteggio SCL-90, i pazienti con disturbo da uso di cocaina hanno conseguito risultati peggiori rispetto a quelli con dipendenza da eroina.

Sintomi afferenti alla dimensione "inutilità e intrappolamento" sono correlati ad una ritenzione più lunga in trattamento rispetto agli altri gruppi psicopatologici. I "sintomi somatici" e i sintomi "suicidio-violenza" si sono rivelati come predittivi di un più frequente tasso di abbandono del trattamento residenziale (13). Sempre a sostegno della possibile esistenza di una psicopatologia specifica della dipendenza, lo stesso gruppo di studio più recentemente ha testato la possibilità di discriminare i pazienti con disturbo da uso di eroina da quelli affetti da dipendenza comportamentale (ad esempio il Gambling). Ne è risultata una minore gravità di tutte le dimensioni psicopatologiche nei GD.

L'applicazione della SCL 90, al pari di quanto fatto per valutare il funzionamento psichico dei dipendenti da oppiacei, può essere validamente riproposto anche per indagare il funzionamento dei soggetti affetti da dipendenze comportamentali (14).

Il problema della "eziopatogenesi" della dipendenza e della doppia diagnosi si intreccia, poi, con l'ambiguità di attribuzione "per competenze" e per trattamento di tali disturbi che affonda le proprie radici nella netta separazione esistente tra Servizi Psichiatrici e Servizi per le Dipendenze. La nascita dei Ser.T (Lg. 685/75 e 162/90) (15), peraltro, fortemente condizionata da patologie emergenti come l'HIV oltre che dalla richiesta di controllo del "fenomeno sociale" tossicodipendenza, ha influenzato nei decenni la ricerca in senso psicosociale piuttosto che neuro-

biologico e condizionato la scelta delle modalità di trattamento a favore della residenzialità.

Nello stesso periodo storico i Servizi per la Salute Mentale erano impegnati a costruire la distanza da un mandato di controllo sociale (movimento di deistituzionalizzazione, Lg. 180 del 1978) (16) sviluppando modelli di trattamento sempre più ispirati dalle evidenze scientifiche.

A tutt'oggi i Ser.D. ed i DSM spesso propongono offerte terapeutiche distinte che rischiano di creare aree di "non intervento" per utenti che necessitano di risposte complesse. È proprio di fronte a questi pazienti, come sottolinea Di Petta (17), che le dinamiche forti di cui siamo investiti ci inducono a cercare di "distribuire" l'emozione tramite il coinvolgimento di più operatori in una sorta di "acting di gruppo" che, a volte, amplia i confini di questa "terra di nessuno" (17).

Materiali e metodi

I pazienti sono stati arruolati nei Servizi del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL di Foggia, in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone o con buprenorfina/naloxone e nei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale della provincia di Foggia. Il criterio di arruolamento è stato casuale, per ordine di accesso ai Servizi, in base alla loro diagnosi: tossicodipendenti da eroina in trattamento sostitutivo senza doppia diagnosi, tossicodipendenti da eroina in trattamento sostitutivo in doppia diagnosi, utenti non ospedalizzati con disturbo bipolare. Tutti i pazienti erano in carico nei rispettivi centri da almeno 12 mesi.

Nel presente studio osservazionale trasversale sono stati inclusi solo i casi che presentavano già una diagnosi formulata col criterio clinico supportato dalla valutazione psicodiagnostica effettuata con MMPI-1 e SCID II, nonché esami laboratoristici come quelli tossicologici urinari.

Lo strumento utilizzato nello studio è stato il questionario auto-somministrato del test SCL-90R. L'osservazione dei casi è durata complessivamente 3 mesi.

Sono stati formati tre campioni così suddivisi:

1. n. 20 soggetti affetti da disturbo da uso di oppiacei in trattamento con metadone o buprenorfina/naloxone, in comorbilità con un disturbo bipolare tipo II;
2. n. 20 soggetti affetti da disturbo da uso di oppiacei, in assenza di diagnosi psicopatologica, in trattamento sostitutivo con metadone o buprenorfina;
3. n. 20 soggetti affetti da disturbo bipolare Tipo I e tipo II senza dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol.

L'età media degli eroinomani è 38,2. L'età media degli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) è 43,95. L'età media bipolari è 44,8.

La diagnosi tossicologica era già certificata dal Ser.D. di provenienza e convalidata dalla ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze d'abuso. La presenza contemporanea di un disturbo psichiatrico e una dipendenza da oppiacei ha determinato l'attribuzione del soggetto al campione di doppia diagnosi. Si è considerato "scompenso tossicologico" la persistenza di uso di eroina negli ultimi 6 mesi.

Tutti i soggetti sono stati edotti del fatto che i dati raccolti sarebbero stati oggetto di uno studio osservazionale trasversale (dati aggregati e completamente anonimi) attraverso un modulo di consenso informato. Tutti i soggetti arruolati sono stati testati la SCL-90R (Symptom Check List) (18-19-20-21).

La SCL-90R è un questionario autosomministrato composto da 90 item di valutazione di sintomi eventualmente accusati nel corso dell'ultima settimana, graduata sulla Scala Likert.

I risultati individuano 9 dimensioni sintomatologiche di diverso significato.

Delle sottoscale in generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1.

È inoltre calcolato un indice globale (GSI-Global Score Index) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test ed il cut-off è di 0,84.

La somministrazione è stata effettuata con supporto cartaceo.

Il tipo di elaborazioni statistiche applicate è stato subordinato al test in esame.

Dati i risultati del test di normalità, è stato possibile usare test parametrici unicamente per la variabile GSI e GSI rapporto, del test SCL-90R.

Per tutte le altre scale e sottoscale sono stati usati test non parametrici (Mann-Whitney).

Risultati

Test di normalità

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistica	df	Sig.	Statistic ^a	df	Sig.
SOM	.145	60	.003	.905	60	.000
OC	.129	60	.015	.945	60	.009
INT	.134	60	.009	.915	60	.000
DEP	.130	60	.014	.943	60	.007
ANX	.383	60	.000	.441	60	.000
HOS	.259	60	.000	.728	60	.000
PHOB	.233	60	.000	.817	60	.000
PAR	.273	60	.000	.775	60	.000
PSY	.258	60	.000	.527	60	.000
SLEEP	.296	60	.000	.689	60	.000
GSI	.061	60	.200*	.970	60	.147
GSI_rapp	.086	60	.200*	.967	60	.105

* Limite inferiore della significatività effettiva.

a) Correzione di significatività di Lilliefors.

Analisi di confronto tra bipolari (di cui 10 tipo I e 10 tipo II) ed eroinomani (di cui 10 compensati e 10 non compensati) (test di Mann-Whitney)

Test^a

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	196.500	194.500	187.000	122.500	100.000	167.500	101.500	168.500	139.500	188.000	150.000	126.000
W di Wilcoxon	406.500	404.500	397.000	332.500	310.000	377.500	311.500	378.500	349.500	398.000	360.000	336.000
Z	-.095	-.150	-.353	-2.099	-2.717	-.889	-2.718	-.860	-1.643	-.338	-1.353	-2.002
Sig. Asint. a 2 code	.924	.881	.724	.036	.007	.374	.007	.390	.100	.736	.176	.045

I bipolari risultano statisticamente più sintomatici rispetto a tutti gli eroinomani nelle sottoscale del SCL-90R ANX, PHOB e GSI rapporto.

Analisi di confronto tra bipolari (di cui 10 tipo I e 10 tipo II) e doppia diagnosi (di cui 10 compensati e 10 non compensati, tutti con diagnosi di bipolarità di tipoII) (test di Mann-Whitney)

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	Phob	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	149.000	139.000	125.500	196.000	162.500	164.000	107.500	176.500	152.500	75.000	173.000	189.000
W di Wilcoxon	359.000	349.000	335.500	406.000	372.500	374.000	317.500	386.500	362.500	285.000	383.000	399.000
Z	-1.385	-1.657	-2.024	-.108	-1.018	-.981	-2.523	-.638	-1.289	-3.418	-.730	-.298
Sig. Asint. a 2 code	.166	.098	.043	.914	.309	.327	.012	.523	.197	.001	.465	.766

I bipolari risultano statisticamente più sintomatici dei soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala PHOB, mentre i soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala INT e nella valutazione dei disturbi del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra doppia diagnosi (di cui 10 compensati e 10 non compensati, tutti con diagnosi di bipolarità di tipoII) ed eroinomani (di cui 10 compensati e 10 non compensati) (test di Mann-Whitney)

Test^a

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	Phob	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	176.000	123.500	102.000	129.500	121.000	136.500	168.500	158.000	181.500	80.000	113.000	115.000
W di Wilcoxon	386.000	333.500	312.000	339.500	331.000	346.500	378.500	368.000	391.500	290.000	323.000	325.000
Z	-.652	-2.079	-2.663	-1.910	-2.144	-1.727	-.889	-1.142	-.503	-3.278	-2.353	-2.300
Sig. Asint. a 2 code	.514	.038	.008	.056	.032	.084	.374	.253	.615	.001	.019	.021

I soggetti in doppia diagnosi risultano più significativamente sintomatici nel punteggio GSI sia come punteggio totale che come rapporto, nonché nelle sottoscale O-C, INT, ANX e, nella valutazione disturbo del sonno (SLEEP).

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	92.500	121.500	166.500	146.000	194.500	151.000	146.500	141.000	124.000	175.500	127.000	128.000
W di Wilcoxon	302.500	331.500	376.500	356.000	404.500	361.000	356.500	351.000	334.000	385.500	337.000	338.000
Z	-2.922	-2.133	-.910	-1.463	-.149	-1.333	-1.509	-1.604	-2.065	-.669	-1.975	-1.948
Sig. Asint. a 2 code	.003	.033	.363	.143	.881	.183	.131	.109	.039	.503	.048	.051

I pazienti eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R SOM, OC, PSY. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

Dall'analisi sono emersi i seguenti dati:

Analisi di confronto tra bipolari ed eroinomani: i bipolari risultano statisticamente più sintomatologici rispetto agli eroinomani nelle sottoscale ANX, PHOB e GSI rapporto.

Analisi di confronto tra bipolari e doppia diagnosi: i bipolari risultato statisticamente più sintomatici dei soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala PHOB, mentre i soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala INT e nella valutazione dei disturbi del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra doppia diagnosi ed eroinomani: i soggetti in doppia diagnosi risultano più significativamente sintomatologici nel punteggio totale GSI (sia come punteggio totale che come rapporto), nonché nelle sottoscale O-C, INT, ANX e, nella valutazione disturbo del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra pazienti eroinomani (in doppia diagnosi e non) compensati Vs scompensati nell'abuso di oppiacei: gli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R, SOM, OC, PSY, rispetto agli eroinomani scompensati. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

Discussione

La principale criticità di tale studio consiste nell'utilizzo di test non parametrici unita alla scarsa consistenza numerica dei campioni osservati. Dati i risultati del test di normalità, è stato possibile usare test parametrici unicamente per la variabile GSI e GSI rapporto, del test SCL-90R.

Per tutte le altre scale e sottoscale sono stati usati test non parametrici come il Mann-Whitney. Questo test si applica infatti solo quando le assunzioni per effettuare il test parametrico non sono soddisfatte, quindi il test di Mann-Whitney è stato utilizzato perché la distribuzione della variabile oggetto di studio non è normale e perché le dimensioni campionarie sono ridotte.

Dai dati riportati nelle tabelle l'unica dimensione psicopatologica comune rilevata tra eroinomani bipolari (doppia diagnosi) e bipolari è stata la sottoscala dell'ANX. Tale dato, in qualche modo riflette quanto riportato in letteratura circa la dimensione Ansia come substrato presente sia nei soggetti affetti da Disturbo da uso di sostanze che da disturbi psicopatologici (22). Al contrario di quanto atteso tale sottoscala non è analogamente rappresentata nei soggetti con eroinopatia non affetti da concomitante diagnosi psichiatrica.

Nel confronto tra i tre gruppi (eroinomani senza comorbidità, eroinomani bipolari, bipolari) valutati globalmente, il gruppo

meno disfunzionale è risultato quello degli eroinomani. Nessuna differenza significativa è stata osservata nel funzionamento globale, per quanto i gruppi bipolare e eroinomani bipolari (doppia diagnosi) mostrino un funzionamento globalmente ridotto: tale dato appare in contrasto con quanto riportato in letteratura da cui emerge una maggiore compromissione funzionale a carico dei pazienti in doppia diagnosi addebitabile a numerosi fattori quali i ripetuti ricoveri ospedalieri (23), minore adesione ai trattamenti (24-25), peggiore risposta ai neurolettici (26), comportamenti violenti (27), suicidio e gravità dei sintomi depressivi (28-29) e importanti problematiche di ordine psicosociale (30-31).

Gli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno mostrato punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R, SOM, OC, PSY, rispetto agli eroinomani scompensati. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

I pazienti affetti da doppia diagnosi, quando in fase di scompenso, presentano molte dimensioni psicopatologiche ben oltre il cut-off di 1, il che si traduce, da un punto di vista fenomenologico, in una elevata disfunzionalità comportamentale, spesso a dispetto dei trattamenti in atto.

Conclusione

I risultati del presente studio replicano quelli già presenti in letteratura e confermano la validità e la sensibilità della SCL-90 unita alla semplicità di utilizzo ed al grado di gradimento mostrato dai soggetti arruolati rispetto all'uso di questo strumento.

Analogo utilizzo della SCL 90 ha consentito al gruppo del prof. Maremmanni AGI (12-13-14) di proporre una specifica psicopatologia della dipendenza articolata su cinque dimensioni, in cui i gruppi di sintomi si presentano indipendentemente dalle caratteristiche demografiche e cliniche, dall'uso attivo di eroina, dai problemi psichiatrici a vita, dal tipo di trattamento ricevuto e, in particolare, da altre sostanze utilizzate dal paziente come l'alcool o la cocaina. La conoscenza dei sintomi ed il loro corretto inquadramento consente una migliore comprensione psicopatologica del paziente e di conseguenza un miglior trattamento. I risultati ottenuti dal nostro studio, seppur gravati da alcuni limiti metodologici riconoscibili nell'esiguità del campione e conseguente scelta del metodo statistico, oltre che nella impossibilità di effettuare analoga valutazione al T0 (inteso come momento antecedente l'uso di sostanze), consentono di attribuire al campione "doppia diagnosi" un peggior funzionamento psichico soprattutto per ciò che attiene alla dimensione Ansia; inoltre la presenza di un Disturbo di spettro Bipolare correla con un funzionamento psichico peggiore. Tali risultati consentono di ipotizzare un miglior *outcome* per i pazienti in doppia diagnosi in cui il trattamento per la dipendenza si accompagni e si integri con un appropriato trattamento del disturbo psichiatrico concomitante.

Bibliografia

- (1) Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga. SIND - Anni 2012-2018 Relazione annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- (2) Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga SIND - Anno 2018 Relazione annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- (3) World Health Organization. ICD-10 (1992). *Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati*. Decima revisione. Ginevra: WHO.
- (4) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Edizione italiana a cura di M. Biondi (2014). American Psychiatric Association. Milano: Cortina.
- (5) Koob G.F., Le Moal M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, Oct., 3, 278(5335): 52-8.
- (6) Maremmani I., Pacini M., Perugi G., Akiskal H.S. (2005). Addiction and the bipolar spectrum. Dual diagnosis with a common substrate? *Giornal Ital Psicopat*, 11: 207-214.
- (7) De George F., Koob Ph.D., Nora D., Wolkow M.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Review. *The Lancet Psychiatry*, August, 3(8): 760-773.
- (8) Akiskal H.S. (1981). Subaffective disorders dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am*, 4: 25-46.
- (9) Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Lazzeri A., Placidi G.F. (2000). Opioids and cannabinoids abuse among bipolar patients. *Heroin Add Rel Clin Probl*, 2: 35-42.
- (10) Maremmani I., Capone M.R., Aglietti M., Castrogiovanni P. (1994). Heroin dependence and bipolar disorders. *New Trends Exp Clin Psychiatry*, X: 179-82.
- (11) Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M., Perugi G. (2003). Dual diagnosis heroin addicts. The clinical and therapeutic aspects. *Heroin Add Rel Clin Probl*, 5: 7-98.
- (12) Maremmani A.G.I., Pani P.P., Rovai I., Bacciardi S., Maremmani I. (2017). Toward the Identification of a Specific Psychopathology of Substance Use Disorders. *Front Psychiatry*, Apr 27(8): 68.
- (13) Maremmani A.G.I., Pani P.P., Trogu E., Vigna-Taglianti F., Mathis F., Diecidue R., Kirchmayer U., Amato L., Ghibaudi J., Camposeragna A., Saponaro. A, Davoli M., Faggiano F., Maremmani I. (2016). The impact of psychopathological subtypes on retention rate of patients with substance use disorder entering residential therapeutic community treatment. *Ann Gen Psychiatry*, Nov, 8(15): 29.
- (14) Maremmani A.G.I., Gazzarrini D., Fiorin A., Cingano V., Bellio G., Perugi G., Maremmani I. (2018). Psychopathology of addiction: Can the SCL90-based five-dimensional structure differentiate Heroin Use Disorder from a non-substance-related addictive disorder such as Gambling Disorder? *Ann Gen Psychiatry*, Jan, 16(17): 3.
- (15) Lg. 685/75 e 162/90.
- (16) Lg. 180 del 1978.
- (17) Di Petta G. (2009). *"Nella terra di nessuno" Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- (18) Balestrieri M., Baldacci S., Bellomo A., Bellantuono C., Conti L., Perugi G., Nardini M., Borbotti M., Viegi G. et al. (2007). Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. understanding diagnostic discordance. *Epidemiol Psichiatr Soc.*, Apr-Jun, 16(2): 144-51.
- (19) Derogatis L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research.
- (20) Cernovsky Z., Sadek G., Chiu S. (2015). Self-reports of illegal activity, SCL-90-R personality scales, and urine tests in methadone patients. *Psychol Rep.*, Dec. 117(3): 643-8.
- (21) D'Egidio P., Da Fermo G., Vena G. (2003). SCL (Symptom Check List)-90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei. *Mission*, 7.
- (22) Pani P.P., Maremmani I., Trogu E., Gessa G.L., Ruiz P., Akiskal H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorders*, May, 185-197.
- (23) Department of Health (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide*. London.
- (24) Baker K.D., Lubman D.I., Cosgrave E.M., Killackey E.J., Yuen H.P., Hides L., Baksheev G.N., Buckby G.A. (2007). Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust N Z J Psychiatry*, 41: 896-902.
- (25) Lang K., Meyers J.L., Korn J.R., Lee S., Sikirica M., Crivera C., Dirani R., Menzin J. (2010). Medication Adherence and Hospitalization Among Patients With Schizophrenia Treated With Antipsychotics. *Psychiatr Serv*, 61: 1239-47.
- (26) Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav*, 37: 11-24.
- (27) Cuffel B.J., Shumway M., Chouljian T.L. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*, 44: 247-251.
- (28) Afuwape S.A. (2003). *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): a review of literature*. London: Rethink.
- (29) Schmit L.M., Hesse M., Lykke J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia-a 15 years follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res*, 130: 228-33.
- (30) Drake R.E., Osher F.C., Wallach M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *Am Psychol*, 46: 1149-58.
- (31) Compton M.T., Weiss P.S., West J.C., Kaslow N.J. (2005). The associations between substance use disorders, schizophrenia spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 40: 939-46.

🔍 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

Prison health is a public health: Management of Sars-CoV-2 outbreak in an Italian prison

Valentina Grigolin*, Massimo De Mari*, Elena Dinelli*, Laura Marcolongo*, Salvatore Montalto*, Giordano Bruno Padovan*, Gjergji Pojani*, Fabiola Zorzi*, Patrizia Orcamo^o, Felice Alfonso Nava**

SUMMARY

■ *The Covid-19 emergency in prisons is a public health warning due to overcrowding, poor structural conditions, and life promiscuities.*

Worldwide a lot of prisoners were Sars-CoV-2 positive and in Italy several outbreaks occurred in many prisons. This paper examines, using a clinical audit, a Covid-19 outbreak occurred in an Italian prison during the spring 2021.

The study showed that the best measures to mitigate the outbreak negative consequences both in prisoners and in the staff are the preventive actions, the hygiene and disinfection of the common detention areas; the reduction of overcrowding; the stop of the working activities during the quarantine period.

Only an improvement of living conditions inside the prisons may reduce the risk of infection among inmates. ■

Keywords: Covid-19, Prison, Outbreaks, Overcrowding.

Parole chiave: Covid-19, Carcere, Focolai, Sovraffollamento.

First submission: 12/04/2021, accepted 17/05/2021

Available online: 08/07/2021

Introduction

The novel coronavirus 2019, officially termed as SARS-CoV-2, causes the coronavirus disease 2019 (Covid-19) by affectioning the respiratory system (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of viruses, 2020).

The disease was first detected and reported in Wuhan, China, in December 2019 (Zhu *et al.*, 2020) and it has now spread worldwide.

The fatality rate of the disease is particularly high among patients who are older and who have underlying health issues, such as cancer, diabetes, and compromised lung function or lung disease. The most vulnerable place for the spread of the infection are the communities, including the prisons.

The prison is an incubator of infection diseases, including Covid-19 (Kinner *et al.*, 2020). Overcrowding, poor structural condi-

tions, life promiscuities make the prisons a place where may be impossible to control outbreaks and infection diseases.

In the 16th century typhus ("goal fever") was responsible for high mortality in English prisons and community outbreaks when it "jumped the fence" (Howard *et al.*, 1973).

Also during Spanish influenza of 1918 most of inmates in California prisons contracted the disease during all waves of the infection with thousands of deaths (Hawks *et al.*, 2020; Stanley, 1919). Russian prison amnesties in 1997 and 2001 to relieve overcrowding released many prisoners with tuberculosis, contributing to an upturn in incidence in the community that subsequently linked to disease's global re-emergence (Coker, 2001; Mercer *et al.*, 2003; Stern, 1999).

The World Health Organization's (WHO) guidelines on responding to Covid-19 in prisons recommend that custodial and health agencies jointly engage in risk management, prevention and control, treatment, and information sharing (WHO, 2020).

The evidence suggest that the main actions to prevent Covid-19 outbreaks in prisons and to protect those in custody, staff and the wider community is the reduction of overcrowding (Institute for crime and justice policy research, 2020; Simpson, butler, 2020).

* Public Health Service, Penitentiary medicine and drug abuse unit, Padua, Italy.

^o Liguria Region, Italy.

** Corresponding author: felicealfonso.nava@aulss6.veneto.it.

Several studies show that the crowding is linked to adverse health outcomes and transmission of infections (Simpson *et al.*, 2019). According to the evidence the most important measures to reduce the impact of Covid-19 infection inside prison is flattening the curve for incarcerated population (Akiyama *et al.*, 2020).

Prisons are places able to amply infectious diseases including the Sars-CoV-2 infection. The impact of Covid-19 on detainees should be a strong stimulus for a progressive criminal justice reform able to improve living condition inside jails (Nowotny *et al.*, 2020; Servick, 2020).

Covid-19 outbreaks in custodial settings are a public health concern, for at least two reasons: first, the explosive outbreaks in these setting have the potential to overwhelm prison health-care services and quality of care for inmates; second, with an estimated 30 million people released from custody each year globally, prisons may be a vector for community transmission of the virus (Kinner *et al.*, 2020).

In Italy starting from march 2020 several "Covid-19 waves" overwhelmed the prisons with thousand prisoners infected. At the beginning of the first waves several riots with deaths among inmates and wounded among policemen occurred in some Italian prisons (Brucale, 2020).

The most intense outbreaks inside Italian prisons occurred on spring 2021 (Sesana, 2021). They were favoured by an increased prevalence of the infection in the community and by the presence of novel and more infective circulating virus variants (Lorusso *et al.*, 2021).

The National Department of Prisons (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – DAP) has released several indications aimed to limit the infection between inmates, suggesting preventive and monitoring actions inside prisons (Circolari del DAP per l'emergenza Covid-19, 2021). Conversely, no strong political actions were done to reduce the number of people inside prisons and to promote incisive alternative measures of incarceration (Antigone, 2021).

The Italian Conference of Regions released healthcare guidelines for the mitigation of infection and the development of outbreaks inside prisons following some important principles such as the needs: to respect the quarantine for all new-arrivals in prisons; to isolate the asymptomatic people arriving in prisons; to organize the prisons in special areas for positive, non-positive and close-contact people; to permit to adopt the preventive measure of distancing in all custodial settings; to furnish both to detainees and policemen the most appropriate personal protective equipment (PPE); to reduce the transfer of detainees from a prison to another; to implement the cleaning of the detention sections, and to promote the alternative measures of incarceration in order to reduce the overcrowding (Conferenza delle Regioni, 2020). Similar guidelines were released from single Regions such as Veneto Region that has developed appropriate measure to mitigate Covid-19 inside prisons (Regione del Veneto, Sanità penitenziaria, 2021).

The main aim of this work is to indicate the actions to follow to reduce the negative consequences of Covid-19 infection in prisons in order to best protect both detainees and staff.

Methods

A clinical audit was organized by the healthcare staff to examine an outbreak of 100 positive persons occurred in an Italian prison of about 500 detainees during the spring 2021. The main

methodology used during the clinical audit was the root cause analysis of the spread of infection occurred inside the prison during the outbreak (ABS Consulting, 2008; Soliman, 2018).

Results

The infection likely started from prison kitchen during the so called "third wave" of the infection in the spring 2021. The outbreak inside the prison blocked the beginning of the vaccination campaign.

The spread of infection inside a detention section of the prison is represented in Fig. 1. During on zero day the infection was detected in a kitchen worker and consequently the healthcare staff traced and isolated each "close contact" of the positive subject. On day 1 all "close contacts" of the positive subject were tested with the molecular diagnosis testing. Among the "close contacts" was identified a detainee living in the "X section". On day 3 the detainee living in the "X section" was confirmed as positive subject. Consequently, all detainees of the "X section", consisting in 44 people (allocated twice for cell), were in quarantine for a period of 14 days. On day 4 the healthcare staff programmed a molecular diagnosis testing for all detainees of the section. All people tested resulted negative for the Sars-CoV-2 infection. On day 18 another molecular diagnosis testing round was performed to all detainees of the section. The test revealed two positive people that were immediately transferred in the section for positive subjects. In the light of the positive tests the "X section" continued to be "closed" for another period of quarantine. On day 26 a detainee living inside the section reported some symptoms related to Covid-19 infection. The patient was tested with a "rapid test" that resulted positive. The test was also done to the cellmate that resulted positive. Both positive subjects were immediately allocated in the "positive" section. On day 31 another molecular diagnosis testing round was performed in all people inside section and 10 persons resulted positive. All positive subjected were immediately allocated in the special section for positive detainees. The people of "X section" were subjected to another period of quarantine. At term of the last quarantine period nobody in the section was found positive.

Fig. 1 - Spread of infection inside the "X section"



Tab. 1 - Living rules in isolation detention section during the quarantine period

- The detainees found positive are immediately located outside the section (in the “positive section”);
- The detainees live two per cell (with no potential contact with the other people of the section);
- The detainees use the personal protective equipment (PPE);
- The showers that are located in a common area in the section are alternatively used by detainees;
- The detainees take advantage of the hour of airs by going alternatively cell by cell;
- The service detainees (e.g. for food service) can go outside the section (using the appropriate PPE);
- The working detainees after the first negative molecular testing can go outside the section to work (using the appropriate PPE).

Tab. 2 - Risk contacts during quarantine

- Section’s policemen;
- Healthcare personnel;
- Service detainees;
- Working detainees.

After the results of the third molecular testing round the health-care staff made an internal clinical audit using the methodology of root cause analysis in order to identify the causes of the diffusion of the infection in the “X section” and to define the improvement actions to develop in order to mitigate the negative consequences of outbreak for both detainees and staff.

The first aim of the clinical audit was to analyse the rules adopted to reduce the spread of the infection in the “X section” during the quarantine period. The rules during the quarantine period are shown in Tab. 1.

The second aim of the clinical audit was to identify the potential “risk contacts” for the detainees inside section during quarantine (Tab. 2).

The third aim of the clinical audit was to analyse the risk factors of the spread of infection inside the detention section in order to determine the best actions able to mitigate the negative consequences of the outbreak for both detainees and staff (Tab. 3).

The analysis suggests that the most appropriate actions to mitigate the outbreaks inside the prisons are: the improvement of preventive measures both for detainees and staff; the respect of

Tab. 3 - Outbreak control measures suggested in “isolated section”

Concerns	Risk factors grading ¹	Risk factors reduction	Changing complexity ²	Suggested actions during outbreak	Changing of risk factor grading ²
Lining rules:					
Not correct isolation of positive	5	Space compartmentation	■	Planning	2
Two people per cell	4	Reduction overcrowding	■	Detainees’ deflation measures	2
Sharing shower per cell	4	Increasing cleaning;	■	Disinfection after use	2
Sharing hour air per cell	4	PPE and prevention;	■	Education and supervision (RM)	3
		Clean-dirt path	■	Planning & reduction activity	
Risk contacts:					
Section policemen	4	PPE and prevention	■	Education and supervision (RM)	2
Healthcare personnel	3	PPE and prevention	■	Education and supervision (RM)	2
Service detainees	5	PPE and prevention	■	Education and supervision (RM)	3
		Clean-dirt path	■	Planning	2
		Section activity	■	Reduction	4
				Stop	2
Working detainees	5	PPE and prevention	■	Education and supervision (RM)	2
		Clean-dirt path	■	Planning	2
		Work activity	■	Reduction	4
				Stop	2

¹ 1 = very low; 2 = low; 3 = moderate ; 4 = high; 5 = very high

² ■ = easy; ■ = not easy ; ■ = hard

RM = Risk manager

the hygiene and disinfection of the common detention areas (including the cleaning of the showers after each use); the allocation of the detainees one for cell; the stop of the working activities during the quarantine period (both for working and “service” detainees).

Conclusions

The Sars-CoV-2 infection and the outbreaks are a relevant concern of public health inside prisons.

Our study shows how an outbreak inside prisons may induce a rapid spreading of infection in detainees.

The study suggests that the most important general measures to mitigate the infection inside the prisons are: prevention and distancing; reduction of overcrowding; and organization of the prison in “compartments” for positive, non-positive and “close contacts”. The analysis also indicates how during the outbreak the “sections of close contacts” should adopt the same rules followed from “the sections of positive subjects”, stopping every work activities both inside and outside the section, and assuming for both detainees and staff the most severe measures of personal protection.

The study shows that during the outbreak the most important healthcare actions are: the contact tracing; the rigid quarantine for both positive subjects and “close contacts”; and the use of molecular testing diagnosis.

The vaccination campaign should represent a priority in the custodial setting both for detainees and staff, although it may not be considered “the only solution” able to mitigate the risk of infection inside the prisons. Only a custodial reform will be able to improve the life conditions inside the prisons and will permit to develop the conditions to realize an “equal” healthcare for detainees.

Finally, the study confirms how the spread of infection inside prisons cannot be considered a simple “healthcare problem” but an issue of “justice and fundamental rights” that only a custodial reform can solve reducing overcrowding and improving the life conditions inside prisons.

References

- ABS Consulting, Vanden Heuvel L.N., Lorenzo D.K., Hanson W.E. (2008). *Root Cause Analysis Handbook: a guide to efficient and effective incident management*, 3rd Edition Paperback-Illustrated, August 1, 2008.
- Akiyama M.J., Spaulding A.C., Rich J.D. (2020). Flattening the curve for incarcerated populations – Covid-19 in jails and prisons. *The New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp2005687.
- Antigone (2021). *Carcere e Covid-19*. www.antigone.it/campagne/carcere-e-covid19.
- Brucale M. (2020). *Coronavirus. Rivolte in carcere: dalla violenza, la violenza*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 3. www.giurisprudenza.penale.com/2020/03/12/coronavirus-rivolte-in-carcere-dalla-violenza-la-violenza.
- Circolari del DAP per l'emergenza del Covid-19 (2021). www.garante.nazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/circolari.page.
- Coker R. (2001). Detention and mandatory treatment for tuberculosis patient in Russia. *Lancet*, 358: 349-350.
- Conferenza delle Regioni (2020). *Linee di indirizzo Gestione del Covid-19 all'interno degli Istituti penitenziari italiani* (20/152/CR10C/C). www.regioni.it/newsletter/n-3899/del-07-08-2020/gestione-covid-19-allinterno-degli-istituti-penitenziari-linee-di-indirizzo-21581.
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2019). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it Sars:CoV-2. *Nat. Microbiol.* 5: 536-544.
- Hawks L., Woolhandler S., McCormick D. (2020). Covid-19 in prisons and jails in the United States. *JAMA Internal Medicine*. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.1856.
- Howard J. (1973). Prisons and Lazarettos. The state of the prisons in England and Wales. First published 1777. *Patterson Smith*.
- Institute for crime and justice policy research. *World prison brief online database*. www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level?field_region_taxonomy_tid=All.
- Kinner S.A., Young J.T., Snow *et al.* (2020). Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to Covid-19. *Lancet Public Health*, 5: e188-189.
- Kinner S.A., Young J.T., Snow K., Southalan L., Lopez-Acuña D., Ferreira-Borges C., O'Moore È. (2020). Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to Covid-19. *Lancet Public Health*. 5(4): e188-e189. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30058-X. Epub 2020.
- Lorusso A., Calistri P., Savini G., Morelli D., Ambrosij L., Migliorati G., d'Alterio N. (2021). Novel SARS-CoV-2 varinats in Italy: the role of veterinary public health institute. *Virus*, 13(4): 549. DOI: 10.3390/v13040549.
- Mercer A.J., Jacobs B., Moon S., Kynch J. (2003). Prisons and the tuberculosis patients in Russia. *J. Int. Dev.*, 15: 559-741.
- Nowotny K., Bailey Z., Omori M., Brinkley-Rubinstein L. (2020). *Am. J. Public Health*, 110(7): 967-968. DOI: 10.2105/AJPH.2020.305707. Epub 2020 Apr 30.
- Regione del Veneto, Sanità penitenziaria (2021). www.regione.veneto.it/web/sanita/documenti1.
- Servick K. (2020). Pandemic inspires push to shrink jails, prisons. *Science*, 369(6510): 1412-1413. DOI: 10.1126/science.369.6510.1412.
- Sesana I. (2021). Covid. In carcere ci si contagia di più. Agenti e detenuti a forte rischio. *L'Avvenire*, 10 aprile. www.avvenire.it/attualita/pagine/contagi-covid-in-carcere.
- Simpson P.L., Butler T.G. (2020). Covid-19, prison crowding, and release policies. *BMJ*, 369: m1551.
- Simpson P.L., Simpson M., Adily A., Grant L., Butler T. (2019). Prison cell spatial density and infection and communicable diseases: a systematic review. *BMJ Open*, 9: e026806.
- Soliman A (2018) Principles of Methodological Design of Clinical Audit. *Arch Med*, 10(2): 2. DOI: 10.21767/1989-5216.1000262.
- Stanley L.L. Public Health Reports (1896-1970). *Influenza at San Quentin Prison. California*, Vol. 43: Published 1919. www.jstor.org/stable/4575142?seq=1#metadata_info_tab_contents.
- Stern V. (1999). Sentenced to die? The problem of TB in prisons in Eastern Europe and Central Asia. *International Centre for Prison Studies*.
- World Health Organization. Preparedness, prevention and control of Covid-19 in prisons and places of detention. *World Health Organization Regional Office for Europe*.
- Zhu N., Zhang D., Wang W., Li X., Yang B., Song J., Zhao X., Huang B., Shi W., Lu R. *et al.* (2019). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *N. Engl. J. Med.*, 382: 727-733.

La caccia oggi è una dipendenza patologica?

Ugo Corrieri*

SUMMARY

■ *What does the hunting of our ancestors, armed with spears and aimed to get food, have in common with the “high tech” one practiced today for recreational purposes?*

Both depend on deep motivations, which Neurosciences show related to archaic brain circuits that provide the vital thrills to survival.

Substances, or behaviors without biological utility, can “hook” these basic emotional circuits and lead to the attribution of new values, so that the assumption of the substance or the repetition of the behavior will become vital, thus developing an addiction.

Among them hunting, where small birds and many mammals, feeling emotions similar to ours, are shot according to what appears to be a compulsive behaviour and which could benefit from appropriate specialized therapies. ■

Keywords: *Addiction, Basic Emotional Systems, Hunting, Craving.*

Parole chiave: *Dipendenza patologica, Sistemi emotivi di Base, Caccia, Craving.*

Publicato online: 08/07/2021

Premessa

La caccia è stata un'attività fondamentale nelle società primitive di cacciatori-raccoglitori (1, 2), prima del sorgere dell'allevamento, dell'agricoltura e la nascita delle città.

Nelle società moderne ha perso il ruolo di sostentamento ed è considerata attività ricreativa o fenomeno culturale che si rifà alle “tradizioni”.

Cosa unisce i cacciatori neolitici di mammut, vestiti di pelli e armati di lance, a quelli attuali con indumenti high-tech e micidiali carabine della gittata di migliaia di metri (3)?

Ci sono evidenze che siano spinti dagli stessi meccanismi cerebrali profondi.

Neuroscienze e cervello

Negli ultimi decenni, grazie alle tecniche di Neuroimaging, siamo passati da formulare teorie, spesso indimostrabili, sulla mente a osservare direttamente il funzionamento del cervello.

Abbiamo compreso che psiche e cervello non sono separate (4), la mente è “incarnata” e possiamo parlare di unità “mentecervello”.

Abbiamo visto che la percezione del mondo non nasce dagli oggetti esterni, si forma internamente al cervello che riceve segnali da un mondo sconosciuto (5) attraverso i suoi repertori di gruppi neurali; si innesca una stimolazione di circuiti rientranti e le nostre percezioni si formano grazie al cervello che “parla a se stesso”.

Come sostiene Francis Crick, premio Nobel per la scoperta del DNA (6): «le vostre gioie e i vostri dolori, i vostri ricordi e le

vostre ambizioni, il vostro senso di identità personale e di libero arbitrio non sono altro che il comportamento di un vasto insieme di cellule nervose e delle molecole ad esse associate».

Di norma (7), le nostre rappresentazioni interne del mondo si sovrappongono in gran parte a quelle degli altri, perché nel cervello di ognuno gli stessi circuiti neuronali sono alla base degli stessi processi mentali. Ma non c'è mai una corrispondenza perfetta e questo causa, in buona fede, divergenze spesso apparentemente irrisolvibili.

Solo apparentemente, perché il cervello non riesce a funzionare da solo; ha sempre bisogno di confrontarsi con altri cervelli, cominciando con quelli della famiglia in cui nasce.

Interagendo, i cervelli si integrano e gradualmente costruiscono realtà condivise (8).

La scienza stessa riproduce una condizione di intersoggettività tra cervelli: nelle situazioni scientifiche, le osservazioni, la logica, la matematica possono “produrre leggi”, cioè forti regolarità che altro non sono se non “regolarità condivise da più cervelli” (9).

Le Neuroscienze hanno aperto un nuovo orizzonte, dove sono collocati i nostri cervelli come co-creatori di ciò che chiamiamo realtà.

E hanno anche scoperto (10) che oltre a quella razionale ed emotiva, una terza funzione è presente nei nostri cervelli: le motivazionali interne che ci spingono continuamente ad agire nei modi utili per la sopravvivenza, nostra e della nostra specie.

I circuiti motivazionali e le dipendenze (fisiologiche e patologiche)

Le Neuroimmagini mostrano che le nostre spinte motivazionali nascono in circuiti neuronali situati nelle aree più interne del cervello.

* ISDE-Medici per l'Ambiente Italia. Già direttore Ser.D. Grosseto.

I lobi frontali (11), mediante fasci inibitori, possono ritardare, attenuare o bloccare queste spinte istintive a favore del sorgere di un'altra facoltà: il pensiero.

Pensiero che è un vero e proprio "agire immaginario", mentre si sta ancora valutando il probabile risultato dell'azione potenziata, facendo partire il programma dell'azione prevista ma immediatamente bloccando (inibendo) l'uscita motoria.

Così facendo, come alternativa ad agire si creano nuovi tipi di attività cerebrale: il pensiero e il conseguente linguaggio, mediante i quali realizziamo i nostri processi mentali superiori e le nostre interazioni più fini coi nostri simili, costruendo assieme civiltà condivise.

A conferma di ciò, esperimenti condotti con tecniche di neuroimaging mostrano che aree cerebrali motorie si attivano sempre alcuni millisecondi prima delle attività cerebrali narrative: prima di iniziare a parlare, noi cominciamo sempre un'azione, che poi in pochi millisecondi abortiamo a favore della parola.

Nelle sue parti più antiche e profonde, al di sotto della "volta pensante" corticale e del sottostante corredo emotivo, il cervello – umano, dei mammiferi (12) e secondo recenti ricerche anche degli uccelli (13, 14) – possiede dunque arcaici circuiti motivazionali, che sono esperienze psichiche di "processo primario".

Al di sopra, nella nostra mente umana, si collocano apprendimento e memoria (processi secondari) e, al vertice, cognizioni e pensieri (processi terziari).

La nostra vita mentale sarebbe impossibile senza queste solide basi della mente, costituite da circuiti neuronali che occupano le aree più antiche del SNC, cioè il Sistema limbico e varie aree vicine: grigio periacqueduttale, ipotalamo, talamo mediale, amigdala, gangli della base, setto, corteccia cingolata, corteccia insulare, ippocampo.

Evoluti in tempi antichissimi, sono un vero tesoro archeologico; le nostre menti cognitive superiori collaserebbero senza queste fondamenta affettive che automaticamente prendono decisioni molto importanti per noi, decisive per affrontare il mondo... ma, come vedremo più avanti, anche punti di attacco delle dipendenze patologiche.

I circuiti motivazionali sono chiamati "Sistemi emotivi di base" da Panksepp (12), che ne identifica sette:

- ricerca (ricompensa);
- desiderio sessuale;
- cura (accudimento);
- gioco;
- paura (ansia);
- collera (rabbia);
- panico/sofferenza (tristezza).

Il più importante è il sistema della ricerca, col connesso sottosistema del piacere.

Ci spinge a cercare tutte le risorse necessarie per la sopravvivenza, genera tutti i comportamenti di avvicinamento e ci fa sentire bene in modo speciale: produce quella anticipazione eccitata ed euforica che proviamo prima di consumare il piacere (pasto, sesso), la cosiddetta "bramosia anticipatoria".

Fa sì che mammiferi e uccelli nascano con l'impulso a impegnarsi attivamente nel mondo, per reperire le risorse per sé e i propri figli e per evitare i pericoli.

Senza il sistema della ricerca, nulla avrebbe valore; ci fornisce energia e ci mantiene in salute.

Sua caratteristica peculiare è di essere attivato da nuove ricompense, ripetendo le quali poi, ben presto, il sistema le anticipa e procede a cercarle con energia e bramosia: a questo punto si instaura la dipendenza.

Il Sistema della ricerca partecipa alle fasi appetitive di tutti i sistemi motivazionali, fornendo il senso positivo di voler-fare e poter-fare ed opera ininterrottamente sullo sfondo: siamo sempre in cerca di qualcosa nel mondo.

È il motore mentale di tutte le Civiltà, ma è anche privo di una morale propria e risponde al bisogno e all'avidità, consolidando in tal modo le dipendenze, una volta stabilitesi.

Un aspetto fondamentale è che questi sistemi, mediante l'azione di neuroni, di neuromodulatori e di neurotrasmettitori, impongono vincoli al funzionamento cerebrale, finalizzati a sopravvivere e riprodursi.

Vincoli che costituiscono le dipendenze fisiologiche: per tutta la vita, noi siamo dipendenti dal cibo, dal ritmo sonno/veglia, dalle interazioni sociali, dalla nostra economicità (base sicura) e dal sesso, senza il quale l'umanità si estinguerebbe.

Le dipendenze fisiologiche sono fondamentali per la vita e per il nostro equilibrio bio-psico-sociale. Questi sistemi possono essere interessati, tuttavia, anche da meccanismi di abuso.

Ad esempio, slot-machines e videolottery distribuiscono ricompense nei modi che vengono appositamente studiati come i più efficaci per attivare il sistema della ricerca e quindi, creare dipendenza nei giocatori; non è un caso che il fatturato del Gioco d'Azzardo legale in Italia cresca ogni anno e nel 2019 abbia superato i 110 miliardi di euro.

In generale, sostanze o comportamenti di per sé privi di importanza biologica, ma capaci di stimolare i meccanismi cerebrali della ricompensa e causare la liberazione di dopamina, possono "agganciare" i sistemi emotivi di base generando comportamenti pseudo-appetitivi (con l'associato senso di bramosia del "craving") e pseudo-consumatori (con forti sensazioni di piacere) che portano all'attribuzione artificiale di nuovi valori.

Nuovi valori che comportano una risposta perentoria: a questo livello sottocorticale, il Sé è ancora un meccanismo passivo, non ha capacità di scelta e innesca programmi motori dominati dalla «coazione a ripetere» (Freud), obbligando il soggetto a ripetere l'assunzione della sostanza o il comportamento, realizzando così una dipendenza patologica.

L'uomo del neolitico va a caccia spinto dai sistemi emotivi di base, per scopi di grande valore biologico: procurare il cibo a sé e ai suoi.

Questa è una dipendenza fisiologica.

L'uomo contemporaneo va a caccia spinto dagli identici sistemi emotivi di base, ma il suo comportamento ha perso l'originario valore biologico di assicurare la sopravvivenza a sé ed alla sua specie.

Si tratta di una dipendenza patologica.

I racconti e i comportamenti dei cacciatori: segni e sintomi della dipendenza patologica

Nei cacciatori moderni riscontriamo, spesso in modo completo, quei segni e sintomi che vari Autori (15, 16, 17, 18) ritengono necessari e sufficienti per porre diagnosi di dipendenza comportamentale patologica:

- la preminenza: diviene ben presto tra le attività più significative della vita;
- l'influenza sul tono dell'umore: viene descritta come emozionante, rilassante, rasserenante;
- il bisogno di ripeterla intensamente: non si va a caccia una o due volte all'anno...
- il malessere, qualora ci venga proibita e limitata;

- i conflitti, con chi ci fa presente l'assurdità di sparare a indifese creature o il tragico resoconto di morti e feriti ogni anno;
- la recidiva, riprendendo intensamente a cacciare dopo aver cercato, inutilmente, di limitarsi;
- soprattutto, la presenza del "craving": il desiderio irresistibile e incontrollabile di cacciare.

Qualora il desiderio non venga soddisfatto si ha una intensa sofferenza, per cui il comportamento venatorio permette di interrompere il malessere, di provare piacere ed ha lo scopo di ricompattare l'unità psicofisica della persona.

Il cacciatore riferisce una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di iniziare la caccia, e in seguito prova piacere, gratificazione o sollievo nel momento in cui comincia a cacciare e sparare.

Un cacciatore pentito scrive (19): "quando sei cacciatore fai di tutto per convincerti che sei un amante della natura, apprezzandone i ritmi, le cadenze stagionali, i suoni, i colori, i profumi, le forme, le armonie. In realtà non è affatto così. Sei un boia... Una volta presa coscienza della propria vera identità di soppressore di vite, si deve ribaltare quel percorso esistenziale diretto verso la prevaricazione, la violenza, il culto dell'uccisione per impossessarsi del corpo e dell'anima dei selvatici. E non è affatto facile compiere questo gesto di rinuncia che in realtà si traduce in un vero gesto d'amore".

Lui stesso racconta una lunga sindrome di astinenza quando, per motivi etici, decise di smettere: "di colpo le domeniche libere divennero un'ossessione, e il percorso appariva sempre vuoto ed inutile...".

Vari Autori concordano che la trama profonda della dipendenza patologica riguardi il rapporto tra onnipotenza e senso del limite: rivendicando il valore onnipotente della propria libertà, il dipendente perde la capacità di orientare i propri comportamenti pagando con la perdita della responsabilità e del senso del limite l'affermazione narcisistica della propria volontà di piacere.

Troviamo questo in molte affermazioni di cacciatori:

"Nessuna donna è mai riuscita a farmi battere il cuore quanto i miei cani in ferma su una Regina (n.d.r., la beccaccia)".

"Giornata fantastica... la caccia è umanità... La caccia è per un uomo il modo più profondo di vivere la Natura".

"È un gesto di profondo rispetto accarezzare le piume della beccaccia che è riuscito a colpire: non l'ammazza perché la odia, ma perché la ama".

"Un mondo meraviglioso perduto. Quadri di passione, inni alla Natura, agli animali e agli uccelli: un mondo libero nella palestra in cui si svolge l'attività venatoria, fatiche e riposi, delusioni e gioie, visioni irripetibili".

"Cercò di non farsi prendere dal panico. Rischiare di sparare nella zona proibita per dare sfogo a quella euforia che gli saliva da dentro oppure recuperare il cane e tornare diligentemente nell'area consentita? L'uccello decise per tutti, levandosi con fragore produsse in lui un riflesso condizionato. Il colpo frantumò il silenzio, rimbombando nel cervello del cacciatore lo sconvolse, lasciando tutti i sentimenti e le emozioni in disordine. Non c'era tempo da perdere, doveva recuperare la beccaccia che era sicuro di aver colpito: non riusciva a dominare quel bisogno di possesso che sentiva irradiarsi in ogni parte del suo corpo. Emozionato come un ragazzino si avvicinò a quel mucchietto di piume e calore che a fatica abbandonava quel residuo di vita che ancora pulsava. Si chinò e la prese delicatamente tra le mani: era calda!"

Sono evidenti le caratteristiche del disturbo da "addiction".

Siamo in presenza di meccanismi psichici primari alla base della vita che avvengono a un livello cerebrale arcaico, del tutto

distinto dai fattori culturali che appartengono ai processi terziari, mediati dalla corteccia cerebrale.

Non è corretto parlare, per il desiderio di cacciare, di "cultura" o "tradizione": tentativi di spiegazioni che sono razionalizzazioni di fenomeni molto più arcaici e profondi, alla base della caccia sia come dipendenza fisiologica dell'uomo neolitico, sia come dipendenza patologica oggi nelle società moderne.

Le sofferenze inferte

Dobbiamo valutare anche le sofferenze che vengono inferte agli animali.

Per ogni uccello che cade colpito in pieno e muore, quanti altri vengono colpiti da pallini di piombo che entrano nelle loro carni e causano ferite, infezioni, fratture, amputazioni che li portano a sofferenze di ore, giorni o anche settimane prima di morire o li fanno vivere menomati?

È legittimo infliggere queste sofferenze, pressoché a ogni sparo? Le neuroscienze (20) hanno dimostrato che noi esseri umani condividiamo con gli altri mammiferi e anche con gli uccelli quel dipartimento del cervello definito "Paleomammaliano", dove si generano e si percepiscono le emozioni.

Abbiamo intelligenze e consapevolezza molto diverse ma proviamo le stesse emozioni.

Un uccello in volo o un cinghiale che va nel bosco con la sua famiglia, quando i cacciatori sparano prova le stesse emozioni che proveremmo noi se, mentre andiamo a passeggio con la famiglia, ci sparassero e uccidessero o ferissero noi e i nostri coniugi, figli, fratelli, genitori e amici.

La caccia risolve problemi?

Si sostiene che la caccia sia socialmente utile, per controllare il numero dei selvatici e ridurre quelli nocivi.

La realtà è più complessa.

Gli uccelli cosiddetti "nocivi" possono svolgere anche funzioni di controllo di altri animali o insetti più nocivi di loro alle colture e sono controllabili anche con metodi incruenti.

Riguardo ai cinghiali, che pare siano l'attuale maggiore flagello, secondo ISPRA (21) in Italia nel secondo dopoguerra erano ridotti al minimo, presenti solo nella Maremma toscano-laziale e in Sardegna.

A partire dagli anni '50 è iniziata ad opera dei cacciatori una massiccia introduzione, dapprima di cinghiali provenienti dall'Est Europa, più grandi e molto più prolifici, e quindi anche di animali nati in allevamenti sviluppatasi in sempre più numerose regioni italiane.

La caccia, con la conseguente vendita ad alto prezzo delle carni, non è quindi il rimedio, bensì la causa del continuo aumento dei cinghiali: che proseguono non solo a essere immessi mediante ripopolamenti, ma ai quali in inverno i cacciatori forniscono anche foraggiamenti affinché sopravvivano sempre più esemplari da poter cacciare; per di più, cacciandoli, scompaginano i gruppi condotti dalla femmina anziana dominante, di norma la sola ad accoppiarsi, e mandano in estro e ad accoppiarsi tutte le femmine giovani.

È quindi per effetto e per i bisogni della caccia che aumentano i cinghiali; è per fuggire alle braccate che possono invadere le strade provocando incidenti e anche sconfinare in città, perché tra le case non sparano loro – sebbene alcuni sindaci, per "inco-

luminà pubblica”, abbiano recentemente emesso ordinanze urgenti che permettono di cacciarli sparando anche in ambiente urbano.

Normalmente i cinghiali sono animali timidi che schivano l’uomo; possono divenire pericolosi, specie se madri coi figli, quando vengono cacciati, feriti o terrorizzati dagli spari.

Il diritto alla libertà di muoversi in incolumità e sicurezza

La caccia (22) causa ogni anno decine di morti e feriti: nella stagione venatoria 2019-2020, 27 morti (di cui 7 non cacciatori) e 68 feriti; nella stagione 2020-2021 appena conclusa – nonostante la chiusura per mesi causa Covid di molte regioni in zone rosse, dove la caccia doveva essere fermata – ben 10 morti e 33 feriti tra i cacciatori e 4 morti e 15 feriti tra i non cacciatori.

A questi ultimi, hanno sparato mentre praticavano quella che in tempi di pandemia è rimasta una delle poche attività di benessere possibili: camminare immersi nella natura.

Sui social, molti esprimono timore ad andare a camminare in un bosco o in bici fuori città lungo un sentiero, per paura di rimanere ingiustamente feriti o uccisi, configurando un serio problema di diritto alla libertà di muoversi in incolumità e sicurezza.

Tanto più che da alcuni decenni è stata istituita la figura del “selecontrollore”: cacciatore volontario che, sostenuto un corso regionale con esame finale, può essere autorizzato a sparare tutto l’anno con la sua micidiale carabina con cannocchiale e proiettile ad alto impatto e la cui discreta, inquietante presenza possiamo presumere ogni volta che andiamo per campi o per boschi, potendo sperare solo che ci veda bene – ma spesso i tiratori sono molto anziani – e che non spari appena vede muoversi indistintamente qualcosa, che tragicamente scambia per un grosso ungulato.

Quali soluzioni?

I cacciatori sono in continua diminuzione. Le licenze erano 1.701.853 nel 1980; 801.156 nel 2000; sono 738.602 nel 2017. La stragrande parte (68,5%, Eurispes 2016) dei cittadini italiani è contro la caccia.

Tuttavia, il giro d’affari è enorme; alcuni valutano la spesa italiana complessiva annua per la caccia in quasi 3 miliardi di euro (23).

I volatili in realtà non sono in eccesso e i “nocivi” si possono controllare anche senza sparare.

Per il grande numero dei cinghiali, la soluzione migliore non può che essere quella di vietare ogni allevamento e ripopolamento, sterilizzare i maschi e lasciar fare ai predatori naturali a cominciare dai lupi (24).

Chi ama le armi, potrà usarle come il sottoscritto ai poligoni di tiro; chi soffre per il bisogno insopprimibile (“craving”) di spa-

rare ai selvatici, potrebbe usufruire, come per il gioco d’azzardo, di idonee terapie presso i Servizi pubblici per le dipendenze patologiche.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Bibliografia

- (1) Scott J.C. (2018). *Le origini della civiltà*. Torino: Einaudi.
- (2) Tattersall I. (2019). *I signori del pianeta*. Torino: Codice Edizioni.
- (3) Caccia collettiva al cinghiale, organizzazione e sicurezza. Disponibile all’indirizzo: www.atcsavona2.it/wp-content/uploads/2018/08/Organizzazione-e-sicurezza-nelle-caccie-collettive-al-Cinghiale.pdf.
- (4) Damasio A. (1995). *L’errore di Cartesio*. Milano: Adelphi.
- (5) Edelman G.M. (2007). *Seconda Natura*. Milano: Cortina.
- (6) Crick F. (1994). *La scienza e l’anima. Un’ipotesi sulla coscienza*. Milano: Rizzoli.
- (7) Kandel E.R. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Cortina.
- (8) Siegel D.J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*. Milano: Cortina.
- (9) Kandel E.R. (2018). *La mente alterata*. Milano: Cortina.
- (10) LeDoux J. (2002). *Il Sé sinaptico*. Milano: Cortina.
- (11) Solms M., Turnbull O. (2002). *Il cervello e il mondo interno*. Milano: Cortina, 2004.
- (12) Panksepp J. (2014). *Archeologia della mente*. Milano: Cortina.
- (13) Olkowicz S., Kocourek M., Lučan R.K., Porteš M., Fitch W.T., Herculano-Houzel S., Nùmec P. (2016). *Birds have primate-like numbers of neurons in the forebrain*. PNAS, June 28, 113(26): 7255-7260.
- (14) Ackerman J. (2018). *Il genio degli uccelli*. Milano: La nave di Teseo.
- (15) Caretti V., La Barbera D. (2014). *Le dipendenze patologiche*. Milano: Cortina.
- (16) Lavanco G., Croce M. (2008), a cura di, *Psicologia delle dipendenze sociali*. Milano: McGraw-Hill.
- (17) Rosemberg K.P., Feder L.C. (2015). *Dipendenze comportamentali*. Milano: Edra.
- (18) Girardi P., Di Giannantonio M. (2016). *Psicopatologia delle dipendenze*. Pisa: Pacini Editore.
- (19) Miceli B. *Storia di un ex cacciatore. Spunti di riflessione su scelte di vita che cambiano*. Disponibile all’indirizzo: www.triskelion.it/2018/11/28/caccia-storia-di-un-ex-cacciatore-spunti-di-riflessione-su-scelte-di-vita-che-cambiano.
- (20) Mac Lean P. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano. Studi sul cervello trino*. Torino: Einaudi.
- (21) ISPRA: Banca dati ungulati. Disponibile all’indirizzo: www.isprambiente.gov.it/files/pubblicazioni/banca-dati-ungulati.pdf.
- (22) Associazione Vittime della Caccia. I dati sono reperibili sul sito: www.vittimedellacaccia.org.
- (23) Numeri del settore caccia in Italia. Disponibile all’indirizzo: www.cacciomagazine.it/i-numeri-del-settore-caccia-in-italia.
- (24) Consiglio C. (2012). *Divieto di Caccia. Tutto quello che i cacciatori non vogliono farci sapere*. Casale Monferrato (Al): Edizioni Sonda.

Psicoterapia e dipendenze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica

Antonietta Grandinetti*, Francesco Grieco**

SUMMARY

■ *A subject which is often not given the importance it deserves concerns addiction psychotherapy. Starting from taking into account the complex and problematic characteristics of this peculiar psychopathology, there will be an effort to trace back the fundamental canon of the healing process to supportive treatment. Later on, expanding on the subject, we will take into account the possibility of a phenomenologically oriented treatment, and include it into the number of those psychotherapies which are better suited to respond to the typical aspects of these clinical conditions.* ■

Keywords: *Pathological addictions, Supportive psychotherapy, Clinical phenomenology.*

Parole chiave: *Dipendenze patologiche, Psicoterapia supportiva, Fenomenologia clinica.*

Publicato online: 08/07/2021

In questa sede si cercherà di puntualizzare un aspetto piuttosto controverso della terapia delle dipendenze patologiche (DP), vale a dire l'intervento psicoterapico, nelle sue possibilità e criticità. Proveremo ad articolare il discorso, avvalendoci anche dell'ausilio di una narrazione clinica, al fine di sviluppare un abbozzo di discussione tesa a indicare le "virtuali" condizioni di possibilità che consentono la messa in opera di tale intervento. Una questione che colpisce immediatamente è la scarsa considerazione di cui godono le dipendenze, in genere, nei programmi di formazione delle scuole di psicoterapia, emblematica testimonianza, probabilmente, del carattere ostico e spesso poco disponibile al cambiamento mostrato dai pazienti affetti da questa condizione clinica; la stessa definizione OMS di "malattia cronicorecdivante" probabilmente scoraggia dal prendere sul serio il lavoro psicoterapeutico diretto a un problema clinico di tale portata. Eppure innumerevoli esperienze, riflessioni e teorizzazioni hanno incardinato concrete prassi terapeutiche sul terrapieno solido dei trattamenti classici.

È pur tuttavia evidente che i *setting* tradizionali necessitano di un adeguamento anche sostanziale allo specifico psicopatologico che le DP esibiscono; cosa che impone alla stessa articolazione didattica il superamento di inerzie generalizzanti.

Ma procediamo con ordine: dalla tossicodipendenza – quale forma storicamente emersa dal contesto della modernità e prototipo su cui si è esercitato in senso esplicativo il pensiero clinico riguardo ai fondamenti e ai significati dell'uso delle sostanze psicoattive genericamente definite "droghe" – alle attuali dipendenze patologiche, si è snodato un percorso di interpretazioni del fenomeno e di prassi di cura fatto di momenti descrivibili in

maniera piuttosto agevole come fasi discrete di un cammino continuo, quantunque accidentato.

Inizialmente è possibile inquadrare una fase paternalistica, sostanziata da una certa valutazione del comportamento tossicomane e screziata da molteplici incrinature moralistiche: senza abbandonare del tutto il concetto acritico di "vizio", ridefinito in un'accezione sociologica tramite l'attributo di devianza, si procedeva all'attuazione di pratiche fondamentalmente rieducative. Successivamente è emersa una cultura più scientificamente informata, con presupposti di tipo liberale, che si poneva nella condizione di rispondere in primo luogo alle emergenze sanitarie e sociali (pensiamo alla cosiddetta "riduzione del danno"), e quindi provava ad attivare nel paziente un processo trasformativo che potesse fondarsi sui suoi bisogni effettivi e sulle potenzialità, per lo più inesprese, collocate *in nuce* nello stesso soggetto (il colloquio motivazionale ne è l'esempio più calzante e al tempo stesso ancor oggi più imprescindibile).

Tuttavia, considerare le DP come entità presentanti alla base una psicopatologia¹ suscettibile di essere affrontata con gli strumenti utilizzabili in altre condizioni di disagio psichico, benché adattate in modo appropriato, ci sembra una matura necessità, rispetto alla quale siamo sollecitati a credere che non tutto il potenziale terapeutico esprimibile in tal senso sia stato ancora sperimentato, a parte esperienze pilota ancor troppo di nicchia. Un solo esempio, piuttosto promettente, che ci limiteremo semplicemente a segnalare, ma rispetto a cui occorrerebbe affidarsi con più fiducia nei programmi di trattamento delle dipendenze, è relativo alla questione del trauma complesso e dei suoi relativi sviluppi sull'equilibrio psichico di un soggetto.

Esiste ormai una vasta letteratura sull'argomento che ha generato protocolli di intervento specifici e rigorosi², specialmente all'interno del mondo cognitivista oltre che psicodinamico, con procedimenti terapeutici manualizzati, utilizzo dell'EMDR³ e della *Mindfulness*⁴.

* Psicologo-psicoterapeuta, Direttore U.O. Ser.D. 2 Salerno.

** Dirigente medico-psicoterapeuta U.O. Ser.D. 2 Salerno.

La condizione dipendente, molto spesso, s'invera in una storia clinica complessa, con attaccamento disorganizzato, fenomeni dissociativi e disturbi della metacognizione⁵, per cui sarebbe auspicabile un trattamento che si concentri sugli sviluppi traumatici con gli strumenti adatti.

Le esperienze in tal senso sono tuttora limitate a poche realtà di riferimento, ma sarebbe un notevole passo avanti estenderle il più possibile, con una sola indicazione piuttosto imprescindibile: il contesto adatto a praticare tali procedure di cura sarebbe la Comunità (psico)terapeutica⁶, una struttura riadattata a una visione avanzata della psicopatologia, che potrebbe fornire anche il necessario contenimento rispetto all'emersione di vissuti emozionali torridi che, lasciati sconsideratamente in libertà, destabilizzerebbero i pazienti e potrebbero provocare con una certa facilità il ritorno alla modulazione emotiva ottenuta attraverso il comportamento sintomatico.

Ma, a parte tale situazione ottimale, come poter intervenire, soprattutto in ambito istituzionale, sulle DP con una psicoterapia? Sorvoliamo sul caso di un paziente attualmente astinente e compensato o che magari presenti una condizione clinica meno seria, dato che in questi casi si potrebbe intraprendere una forma qualsiasi di terapia psicologica, e concentriamoci invece sui pazienti gravi, con compromissioni diffuse a vari ambiti vitali. Siamo qui di fronte a soggetti in genere fortemente dipendenti, magari con disturbi di personalità marcati e varie complessità aggiuntive; una complicazione dopo l'altra che rende aggroviata la questione della cura e fa ben comprendere il carattere difficile di una tale psicopatologia.

Una risposta generalmente efficace e facilmente approntabile è data da forme di *counseling*, di colloqui psicosociali che si limitano a rispondere a obiettivi limitati su un piano sostanzialmente di realtà, colloqui che vengono messi in opera anche da figure non specialistiche (quindi non solo da psicoterapeuti), semplicemente formate al tipo di intervento cui sono chiamate, intervento consistente per lo più nel cogliere le questioni di fondo e nello stimolare una possibile risoluzione⁷.

Non faremo altresì riferimento, limitandoci alla semplice citazione, alla terapia cognitivo-comportamentale "classica", trattamento fortemente manualizzato che incrocia esplorazione e modificazione di contenuti consci e preconschi con virile piglio psico-pedagogico e che sostiene validamente alcune operazioni di cura come ad esempio la *prevenzione della ricaduta*⁸.

Rifacciamoci piuttosto alla classica distinzione tra interventi espressivi e supportivi, con le annesse mescolanze di ingredienti. Più volte è stato proposto uno schema che introduce una prospettiva dimensionale, al cui interno poter collocare le forme di trattamento secondo il classico binomio espressivo/supportivo; se da un lato polare si situa la psicoterapia espressiva (esemplificata innanzitutto dalla psicoanalisi, classicamente intesa), procedendo verso l'altro polo ritroviamo successivamente forme miste a diversa gradazione di ibridazione, per approdare finalmente alla psicoterapia supportiva⁹.

Parallelo a questo continuum bipolare, se ne sovrappone un altro, costituito dalle indicazioni dei diversi trattamenti prescrivibili a seconda dell'ipotesi diagnostica, che ripercorre lo stesso andamento in modo tale che le situazioni meno gravi coincidano con il piano della massima espressività; quindi, proseguendo nell'altra direzione, con l'aumentare del grado di difficoltà clinica si prospettano le forme miste, fino a far coincidere la "pura" supportività con le situazioni più gravi¹⁰.

Per Gabbard¹¹, verso il polo espressivo si collocano in primo luogo gli interventi basati su *interpretazione, chiarificazione e confronto*, mentre «più vicini al polo supportivo del continuum

sono l'*incoraggiamento a elaborare* e la *validazione empatica*»¹²; si tratta, tuttavia, di prevalenze all'interno di uno specifico trattamento, ma le funzioni di supporto sono certamente tese innanzitutto a incrementare l'alleanza terapeutica in quei pazienti più difficili da trattare.

Infine, non è da trascurare, in certi casi, la necessità di lasciar trapelare dalla conduzione della terapia un'impronta pedagogica.

In corrispondenza dell'estremità supportiva del continuum si trovano gli *interventi psicoeducazionali* e i *consigli ed elogi*.

Sono interventi di norma molto più frequenti nella psicoterapia supportiva [...] Negli interventi psicoeducazionali il terapeuta fornisce ai pazienti informazioni specifiche correlate alla sua formazione professionale [...] Gli elogi sono diretti a rinforzare comportamenti e atteggiamenti positivi e costruttivi; con i consigli il terapeuta esprime invece le sue opinioni su questioni che sono oggetto di preoccupazione per lui o per il paziente¹³.

Tutti i precedenti riferimenti fanno capo specificamente all'indirizzo psicodinamico, ma certamente è possibile declinare questi concetti indirizzandoli verso pratiche più generaliste di cura.

A questo punto si impone una riflessione necessaria: in un senso preminente, come esposto in precedenza, le dipendenze patologiche sono espressioni di una *psicopatologia* complessa e grave, e per quanto siano certamente esperibili forme cliniche più semplici e lineari al punto da richiedere interventi più classici e convenzionali, una buona parte di esse presenta criticità sul piano meramente clinico, e non solo.

Problemi di natura sociale e legale si sovrappongono spesso a una strutturazione della personalità deficitaria, con relativa sintomatologia, e distorsioni della relazionalità, oltre che a complicazioni somatiche; senza contare, naturalmente, che la complicata condizione dipendente è già di per se stessa foriera di estrema refrattarietà alle modificazioni.

Tutto questo, dunque, implica la necessità di un trattamento compatibile, adatto a forme cliniche tipicamente gravi.

Per le ragioni suesposte, la terapia supportiva sembrerebbe la strada più concretamente percorribile.

Va pure aggiunto che il trattamento delle dipendenze patologiche, in una percentuale alta di casi, avviene in ambito istituzionale.

Questo ha come conseguenza la necessità di affidarsi a modalità terapeutiche flessibili e meno vincolate a rigidità protocollari; la stessa funzione del terapeuta si esplica attingendo a un ventaglio di interventi possibili ampio e variato.

I caratteri di fondo di un trattamento supportivo sono stati ampiamente delineati dalla letteratura scientifica¹⁴; proviamo pertanto a riassumere per grandi linee la questione, non prima, però, di aver chiarito meglio lo statuto di questa forma terapeutica.

Infatti, troppo spesso un intervento supportivo è stato inteso come qualcosa di grossolano e inferiore, un'arte povera e abborracciata destinata a fare il suo lavoro laddove non fosse possibile implementare una "vera" psicoterapia; con il risultato di delegittimare una pratica fondamentale, stringendola nell'angolo e dichiarandola una forma di cura meramente suggestiva, un'opzione puramente persuasiva, oppure legittimando lo scarto sostanziale e valoriale tra un artigianato prosastico (proprio di chi "semplicemente" *supporta*) e un'arte poetica fomentata da uno spirito espressionistico (la psicoterapia *pura*).

La realtà, crediamo, è un'altra: attingendo generosamente, nel suo procedere, al prezioso bagaglio costituito dai cosiddetti *fattori comuni* delle psicoterapie, il trattamento supportivo si propone come l'asse operativo fondante la nostra pratica terapeutica, il vero nucleo essenziale che, quale *sostanza*, accoglie in sé gli *accidenti*, rappresentati dalle più svariate tecniche sviluppate

dalle diverse prospettive, in funzione di complemento della cura; ciò, in altri termini, evoca anche la possibilità di una *psicoterapia integrata*.

In tal senso la terapia supportiva cambia *status*, ponendosi quale forma generalista, di base, rispetto alla quale l'intervento espressivo si posiziona nell'ambito più ristretto di una prassi specifica, se non specializzata.

E veniamo ora alla descrizione di questo linguaggio, provando a coglierne la grammatica ed, eventualmente, la sintassi.

Non a caso ci siamo espressi in questo modo: potremmo infatti piuttosto agevolmente parlare del sistema della *lingua* psicoterapeutica "generalista", come un sistema unitario, articolato nei relativi dialetti (i diversi modelli di cura) e inoltre, rispetto alla *concreta* attività dei singoli terapeuti, caratterizzato dalla dialettica interconnessa, *saussurianamente*, tra la *langue* comune e la *parole* del singolo curante, in reciproco influenzamento.

E questa "lingua comune", comprendente i suddetti *fattori di base*, in sostanza è rappresentata proprio dalla psicoterapia supportiva, dalla quale originano le prospettive delle singole scuole e, successivamente, le prassi reali dei terapisti in carne e ossa; in un continuo rimando che peraltro si diffonde nei due sensi, poiché aspetti sviluppati in autonomia dagli psicoterapeuti possono indurre da un lato delle modificazioni interne ai vari indirizzi e, dall'altro, imporsi nella visione generalista, magari ispirando alternative o suggerendo limature a concezioni e strategie d'intervento.

Un aspetto ulteriore che vorremmo sottolineare è la versatilità del trattamento supportivo, il quale può anche prestarsi, al di là dell'aspetto psicoterapeutico in senso stretto, a una certa psicoterapeuticità diffusa, alla creazione di un ambiente terapeutico generalizzato; ad esempio nel modo di organizzare un servizio. La pandemia da Covid-19 ha fatto emergere, in situazioni particolari in cui non era possibile mantenere la terapia classica, del resto per ovvi motivi, una potenziale risorsa nel consentire di *mantenere il legame, e quindi la relazione* con pazienti difficili e problematici, ad esempio attraverso contatti telefonici o anche telematici, i quali hanno altresì mostrato una capacità di intervento sufficientemente credibile, facendo strategicamente sperimentare una nuova pratica clinica in possesso di una certa efficacia. Qui non siamo in presenza di un'attività psicoterapeutica *stricto sensu*, in quanto non sarebbero soddisfatte le condizioni pregiudiziali per tale situazione clinica, bensì di un intervento supportivo necessario e prezioso in condizioni di emergenza.

Una psicoterapia telematica – o telefonica – certo, non sostituirà la versione classica dell'intervento, non ne è un aggiornamento rispetto ai tempi, bensì può rappresentare un'estensione globale del "prendersi cura" come attività generale, al di là dei momenti canonici deputati, un "setting oltre il setting" che, governato con perizia e consapevolezza, amplierebbe la terapeuticità nei momenti di crisi o di contingenza straordinaria.

Giungiamo quindi al punto centrale.

Dagli esiti rintracciabili negli studi dedicati alla questione – dei quali non faremo menzione nel dettaglio – così come dalla stessa riflessione sul proprio lavoro da parte degli psicoterapeuti, emergono in maniera condivisa alcuni punti essenziali che fanno riferimento ai *tòpoi* sui quali si fonda l'azione terapeutica in funzione di supporto.

Vogliamo innanzitutto evidenziare lo stile del linguaggio utilizzato, definibile come *conversazionale*, più libero e partecipato rispetto allo stile classico, meno incline a interpretazioni profonde e a ruoli ben definiti nello scambio comunicativo.

Il clima appare pervaso da un'atmosfera laicamente colloquiale, lontana dal *pathos* dell'allusione e dell'evocazione implicato nell'incipiente emergere di contenuti inconsapevoli, così come

dall'aura sapienziale che connota, atmosferiologicamente¹⁵, certe sedute.

Semmai qui il carattere generale suggerito è "socratico", di scoperta comune e condivisa di aspetti consci o pre-consci, di una maieutica attrezzata ad affrontare questioni interpersonali ed, eventualmente, a ricostruire un percorso biografico coerente.

Naturalmente, tutto il processo di cura si fonda sulle possibilità offerte da una valida alleanza terapeutica, la costituzione della quale è il naturale obiettivo iniziale e lo sfondo continuo sulla cui base vanno nutrite le altre operazioni; l'atteggiamento empatico, l'ascolto interessato, l'accettazione rispettosa, la validazione emozionale, la normalizzazione sono le coordinate entro cui si svolge la collaborazione paziente-terapeuta.

Di primaria importanza sono altresì la riduzione dell'ansia e del vuoto alestitimico da un lato, e d'altro canto la necessità di esprimere approvazione (anche, in certi casi, tramite consigli e rassicurazioni) e di offrire collaborazione nella risoluzione dei problemi; una certa quota di ristrutturazione egoica implica inoltre aumento dell'autostima e di un sano adattamento, i quali sollecitano sia la capacità di autoregolazione emozionale, sia di previsione degli effetti del comportamento sulla base di un più maturo senso di realtà.

Questi aspetti così individualmente definiti dentro una ricognizione analitica vanno poi intrecciati a formare il tessuto resistente ed elastico dell'effettiva operatività verso uno specifico caso, quel che abbiamo definito l'"aspetto sintattico".

Va comunque sottolineato che, nelle dipendenze patologiche, vanno tenute in considerazione dei piani specifici di intervento, poiché nel paziente dipendente è opportuno integrare ulteriori strumenti terapeutici specificamente indirizzati a contenere i sintomi e a proteggere il paziente dalle ricadute [...]

Singole sessioni cognitivo-comportamentali indirizzate alla prevenzione delle ricadute, gestione del craving, e regolazione emotiva dovrebbero essere integrate alla PS¹⁶.

Spostandoci ora su un territorio differente benché, come vedremo, adiacente; vogliamo riferirci alle opportunità che ci vengono concesse da forme di psicoterapia a indirizzo fenomenologico.

A partire dalla prospettiva *fenomenologico-esistenziale* in psichiatria¹⁷ e dall'esperienza storica dell'*analisi esistenziale* di Ludwig Binswanger¹⁸, così come dall'utilizzo discreto di concetti nati da tale orientamento in alcuni percorsi psicoterapici, negli ultimi anni si è incominciato con una certa insistenza a intravedere la possibilità di un trattamento *pienamente* fenomenologico che, esondando dalla semplice tensione descrittiva della scuola di psicopatologi richiamanti a tale modello, possa contemplare una declinazione specifica dei principi fondamentali della fenomenologia psichiatrica nel senso della *cura*, per lo più in situazioni cliniche complesse.

Sorvoliamo, semplicemente citandole, le connessioni tra questa prospettiva e altri modelli, come quello psicodinamico o costruttivista, per riferirci a un suo utilizzo terapeutico "puro".

L'*antropoanalisi* binswangeriana rappresenta certamente il caposaldo e il precedente storico più accreditato di questo genere di cura; i presupposti su cui si articolava il procedimento terapeutico è un fondamento solido per gli attuali clinici che si richiamano al modello:

Binswanger esplora il soggetto in tre direzioni:

1. il soggetto è dapprima studiato nel *suo Io*, nei suoi valori propri, relazioni (amori, amicizia, coesistenza);
2. è studiato in seguito nel *suo proprio movimento*, cioè nella sua maniera di inserirsi nel mondo;
3. infine è studiato nella *sua apertura al mondo*, cioè nelle sue prospettive e nei suoi progetti vitali¹⁹.

Pur nella pluralità di atteggiamenti possibili, di certo il punto di partenza vincolante sta tutto nel metodo, vale a dire nell'*epochè*: secondo la teoria della conoscenza husserliana, l'operazione preliminare consiste nella "sospensione del giudizio", la quale permette ai fenomeni di imporsi direttamente alla coscienza senza mediazioni, per poter giungere alla radice delle "cose stesse".

In ambito terapeutico questo implica la messa da parte delle teorie che rappresentano il bagaglio delle conoscenze acquisite, per poter incontrare il fenomeno-paziente nella sua peculiare "essenza", prestando una particolare attenzione ai *modi* con cui egli si relaziona al mondo, al suo *essere-nel-mondo*, come maniera propria di abitarlo.

Il suo rapporto con il tempo, lo spazio, la co-esistenza, il corpo costituisce qualcosa di specifico e idiosincratico.

Il processo di cura, inoltre, si apre a un linguaggio metaforico, inteso però nel senso non banalmente convenzionale di segno arbitrario, bensì in ciò che allude a immagini prototipiche ed essenziali, qualcosa che si impone in quanto espressione di fenomeni "archetipici", tuttavia non caratterizzati da aspetti energetico-pulsionali, ma in quanto pura espressione di forme originarie della coscienza.

Quindi, sulla base di un clima terapeutico in cui dominano i fenomeni generali succitati – un'atmosfera empatica e non giudicante, un atteggiamento del curante teso all'ascolto e alla condivisione dei vissuti emozionali – e dopo la messa in pratica della riduzione fenomenologica, vengono innestate su tali premesse le prassi derivate dal cogliimento di strutture essenziali ed esistenziali, le quali formano anche l'oggetto su cui verte la relazione terapeutica nel suo svolgersi, eludendo i tecnicismi canonici per altre prospettive.

Naturalmente, in causa risulta esserci anche l'aspetto ermeneutico, il piano dei significati, la comprensione dei fenomeni:

Ma in che modo l'ermeneutica potrebbe essere la risposta all'obiezione di soggettivismo?

In quanto l'ermeneutica non è un'interpretazione a casaccio, avventata, sbadata e irrevocabile. Essa risponde a precise leggi di necessità²⁰.

La coppia paziente-terapeuta, coinvolta in un processo di trasformazione congiunta, è unita «nella comprensione, essendo all'opera un meccanismo di rispecchiamento reciproco e quindi di mimesi»²¹.

Con l'espressione di *Prassi mimetica*, Calvi intende una prassi intenzionale che «vuol dire prossimità e scambio, confronto e ulteriore avvicinamento, influenzamento reciproco fino alla metamorfosi», benché «l'attività individuale non sparisce, ma si attenua più o meno profondamente, cosicché l'identità permane»²².

Ritornando alla psicoterapia delle dipendenze patologiche – le quali, come è stato affermato in precedenza, sono condizioni in gran parte multiproblematiche –, si può considerare il loro trattamento su base fenomenologica una indicazione seria e convincente, suffragata com'è da diverse esperienze maturate nel tempo.

Una certa refrattarietà al linguaggio strettamente tecnico registrabile in simili condizioni fa propendere per una cura che affronti senza mediazioni il disagio.

Il primo passo di un simile processo è senz'altro rappresentato dalla costituzione di una valida alleanza terapeutica, esito non scontato, contaminato com'è da resistenze, atteggiamenti manipolativi e ambivalente incapacità di prospettare deviazioni esistenziali dal modo di vita perseguito fino a quel punto; la constatazione di un restringimento vitale, di una rinuncia alla propria tensione progettuale, si controbilancia con il possibile lutto

originato dalla cessazione di un comportamento atto al godimento e dall'inerzia esistenziale che compensa la perdita di evolutività personale con il conforto del già noto e dell'anestetizzazione immediata.

Il curante, a questo punto, non può far altro che mettere in moto un'operazione rischiosa, rendere la propria *presenza* un punto di riferimento, un potenziale contrafforte, non tanto mettendosi in competizione con la sostanza d'abuso o il comportamento patologico, quanto coinvolgendo il paziente direttamente, senza la protezione di una distanza imperturbabile, e animando il trattamento con il calore, che a volte può divenire torrido, delle emozioni.

Ma questo significa anche saper rientrare nei ranghi al momento opportuno, portare il paziente a ritirare le sue proiezioni idealizzanti che costituirebbero l'ennesima deriva verso la dipendenza e la privazione, l'allontanamento da una tensione che porti finalmente all'autonomia.

Il lavoro su una condizione emotiva desertificata, alessitimica, è talmente prioritario, da lasciare in secondo piano le altre operazioni di cui sopra, accessibili soltanto in seguito, a processo più avanzato.

Solo un vissuto emozionale deflagrato che scuoti il paziente, lo esponga a una possibile ricostituzione di sé – con la dovuta attenzione da parte del terapeuta che questo non lo faccia deragliare psicologicamente, il che comporterebbe un cattivo governo degli affetti e quindi la probabilità del ritorno all'atto patologico – può consentire un percorso trasformativo.

In altri casi, invece, potrebbe essere preferibile un incedere più cauto, maggiormente contenuto e prudente, ma sempre mettendo al centro il lavoro sugli aspetti emotivi del soggetto.

Una storia clinica, con la quale concludiamo la nostra esposizione, servirà a illustrare con un rapido esempio quanto affermato.

Arianna è una ragazza di ventisei anni che presenta una forma di abuso alcolico periodico associato a un disturbo schizotipico di personalità, disturbo per il quale è in trattamento psicofarmacologico.

Emerge fin dai primi incontri una marcata difficoltà a esprimere il proprio mondo emozionale, una difficoltà di linguaggio consistente nel non aver parole per i propri sentimenti, così da riuscire a esprimersi unicamente per frasi fatte apprese all'interno di una comunicazione intrafamiliare algida e rigidamente limitata a mere questioni pratiche, sistematicamente priva di sfumature affettive.

Vive con la madre (spesso depressa) e ha contatti frequenti con i fratelli più grandi, da cui si sente svalutata.

Alterna momenti di intensa allegria immotivata con altri di tristezza inconsolabile che la mettono in contatto con l'idea del suicidio.

Riferisce vissuti gravi di abbandono (il padre era deceduto quando la ragazza era pre-adolescente) e di delusione.

Sperimenta inoltre una certa indefinizione sessuale, con angustianti incertezze sul piano della scelta oggettuale.

Un trattamento di gruppo, saldamente volto alla conoscenza delle emozioni, non consente sostanziali progressi.

Successivamente viene concordata e disposta una cura orientata fenomenologicamente, che, attivando una forte traslazione positiva e quindi un livello emozionale alto, governato opportunamente nel corso del trattamento, consente alla paziente di sperimentare affetti intensi ai quali finalmente "donare parole".

Da qui si apre lo spazio per far emergere altri vissuti cui attribuire senso e per proseguire con un processo di cura che esplori ed elabori i temi centrali della paziente; il che si avvale anche dello stimolo all'espressione di emozioni ottenuto attraverso la reda-

zione di un diario che, facilitando la parola di Arianna in solitudine, senza la pressione dell'altro, fa sì che la ragazza possa riportare in terapia quanto ha "scoperto", con la scrittura, all'interno contesto dialogico.

Questa operazione permette un'emergenza di temi personalmente rilevanti che vengono quindi trattati in un'accezione *essenziale*, e dunque condivisi.

Mentre l'abuso di sostanze alcoliche scompare ben presto, il lavoro sugli altri aspetti prosegue in un tempo lungo, durante il quale si registrano una maggiore consapevolezza su di sé e alcuni risultati concreti rispetto a obiettivi sociali e lavorativi.

Il racconto clinico di Arianna, di cui si è fornito un resoconto stilizzato, descrizione di una situazione piuttosto articolata e intrecciata da svariati temi, è probabilmente emblematico di un modo di procedere (fenomenologicamente inteso) che permette, con duttilità e profonda attenzione, un procedere che se trae origine dall'esperienza capitale della psicoterapia supportiva, declina e riorienta il dispositivo terapeutico su basi originali e, crediamo, piuttosto efficaci e incoraggianti.

Note

1. Probabilmente, una visione psicopatologica delle dipendenze rende possibile sussumere al proprio interno sia la concezione neurobiologica ("malattia cronico-recidivante") che le ipotesi psicogenetiche radicali, dando spessore a un fenomeno complesso e plurale.
2. Ad esempio Montano A., Borzì R., *Manuale di intervento sul trauma*, Erickson, Trento, 2019.
3. Shapiro F., *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*, Cortina, Milano, 2019.
4. Rispetto specificamente alle dipendenze, cfr. Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Cortina, Milano, 2013.
5. Ciulla S., Caretti V., "Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza", *Psichiatria e Psicoterapia*, 31, 2, 2012: 101-119.
6. Un esempio pilota è descritto in Hinnenthal I., Cibin M., *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*, SEED, Torino, 2011.
7. Per l'ambito delle dipendenze patologiche il riferimento classico è Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Erickson, Trento, 2004.
8. Per una rapida descrizione dell'intervento cfr. Cibin M. et al., "Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali", in *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*, Ministero della Sanità, Regione del Veneto, 2001, pp. 239-249. In effetti, il carattere fortemente destabilizzante costituito dal sintomo sosterrebbe l'ipotesi, in parte inedita, della possibilità di una *psicoterapia sintomatica*, concepita sul calco degli analoghi trattamenti medici.
9. L'omologa definizione di psicoterapia di *sostegno* è meno preferibile, anche per il riferimento implicito alla "didattica speciale" e differenziale che sembra indirettamente evocare, per quanto essa esprima in maniera icastica la necessità di accompagnare, *sostenendolo*, un paziente che altrimenti non potrebbe procedere oltre.
10. Hellerstein D.J. et al., "Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994: 300-306.
11. Gabbard G.O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Cortina, Milano, 2005. Si cfr. lo schema a p. 75.

12. Ivi, p. 82.

13. Ivi, pp. 83-84.

14. Un testo che affronta in generale le questioni inerenti al trattamento psicologico è Makover R.B., *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*, LAS-Libreria Ateneo Salesiano, Roma, 1999. Non potendo riferirci alla vasta mole di lavori specifici sull'argomento, citiamo solo Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H., *Introduction to Supportive Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA, 2004.

15. Nel senso di Griffero T., *Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali*, Laterza, Roma-Bari, 2010.

16. Bellio G., "Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre dipendenze)", *Dal fare al dire*, 3, 2019: 28-29.

17. Un modello, questo, che nasce dal tentativo di riprendere in chiave clinica aspetti del pensiero filosofico, in particolare, di Husserl e di Heidegger.

18. Il pensiero clinico di questo autore è ben riassunto in una pubblicazione recente a cura di A. Molaro: Binswanger L., *Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia*, Cortina, Milano, 2018.

19. Ey H., Bernard P., Brisset C., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano, 1979, p. 112.

20. Calvi L., *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*, ivi, p. 68.

Bibliografia

- Bellio G. (2019). Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre dipendenze). *Dal fare al dire*, 3.
- Binswanger L. (2018). *Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia*. Milano: Cortina.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*. Milano: Cortina.
- Calvi L. (2013). *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*. Roma: Fioriti.
- Cibin M. et al. (2001). Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali. In: *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*. Ministero della Sanità, Regione del Veneto.
- Ciulla S., Caretti V. (2012). Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(2): 101-119.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1979). *Manuale di psichiatria*. Milano: Masson.
- Gabbard G.O. (2005). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Cortina.
- Griffero T. (2010). *Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali*. Roma-Bari: Laterza.
- Hellerstein D.J. et al. (1994). Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*.
- Hinnenthal I., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED.
- Makover R.B. (1999). *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*. Roma: LAS-Libreria Ateneo Salesiano.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale*. Trento: Erickson.
- Montano A., Borzì R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma*. Trento: Erickson.
- Shapiro F. (2019). *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Cortina.
- Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H. (2004). *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 31

MISSION n. 55

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

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

Revisione sistematica “Esperienza post-marketing e di sicurezza clinica con sodio oxibato per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol e il mantenimento dell’astinenza in soggetti alcol-dipendenti”

La revisione, curata da Giovanni Addolorato, Otto-Michael Lesch, Iero Marenmani, Henriette Walter, Felice Nava, Quentin Raffailac e Fabio Caputo, autori di fama internazionale, è stata pubblicata online il 30 dicembre 2019 su Expert Opinion on Drug Safety (ISSN: 1474-0338 - Print e 1744-764X - Online)

*Presentazione ragionata a cura di Alfio Lucchini**

Pubblicato online: 08/07/2021

Il sodio oxibato (SMO) è stato approvato in Italia e in Austria per il trattamento del disturbo da uso di alcol (AUD). Nello studio gli autori descrivono l’esperienza cumulativa post-marketing e di sicurezza clinica con SMO nel disturbo da uso di alcol.

I dati di sicurezza sono stati identificati dai registri delle sperimentazioni cliniche del National Institutes of Health (NIH) negli Stati Uniti e dell’Agenzia europea per i medicinali (EMA), dai rapporti dalla letteratura biomedica e dalle informazioni sulla sicurezza di farmacovigilanza resi disponibili dall’EMA.

I dati di sicurezza ricavati da 3 recenti grandi studi clinici randomizzati (520 partecipanti) e 43 studi clinici precedenti (2547 partecipanti) hanno mostrato che sodio oxibato ha un buon profilo di sicurezza nei pazienti con AUD.

Il profilo di sicurezza è stato confermato dai dati di farmacovigilanza derivanti da 299.013 pazienti esposti a sodio oxiba-

to in Austria e Italia. Non è stato segnalato alcun decesso imputabile a sodio oxibato.

Il rischio di abuso o dipendenza è basso nei pazienti senza comorbidità psichiatriche o che fanno uso di più sostanze contemporaneamente. L’abuso o dipendenza da sodio oxibato sono estremamente rari nei pazienti senza comorbidità psichiatriche o che fanno uso di più sostanze contemporaneamente.

Introduzione

Il sodio oxibato (SMO) è un agente psicotropo approvato dalla FDA (US Food and Drug Administration) nel 2003 e dall’EMA nel 2005 per il trattamento della cataplessia nei pazienti affetti da narcolessia (nel 2005, la FDA ha esteso l’approvazione per la narcolessia al trattamento della sonnolenza diurna eccessiva).

Il sodio oxibato è stato approvato anche in Italia dal 1991 (Alcover®) e in Austria dal 1999 per il trattamento della sin-

* *Psichiatra, psicologo medico, psicoterapeuta, editor di Mission, past president di FeDerSerD.*

drome da astinenza da alcol (AWS) e per il mantenimento dell'astinenza nei pazienti alcol dipendenti.

I potenziali effetti terapeutici del sodio oxibato sono stati studiati anche nelle seguenti condizioni: ansia, dipendenza da eroina, sollievo dal dolore, diminuzione della pressione intracranica, miglioramento della frammentazione del sonno, dolore e affaticamento nella sindrome fibromialgica, infezioni e disturbi del movimento ipercinetico.

SMO è stato approvato anche per via endovenosa (60-90 mg/kg di peso corporeo) come agente anestetico in Francia, Germania e Lettonia.

Tuttavia, esso viene per lo più impiegato come agente terapeutico nel trattamento della narcolessia e della dipendenza da alcol.

La durata del trattamento raccomandata nel mantenimento dell'astinenza è compresa tra 3 e 6 mesi.

In Italia Alcover viene prescritto da medici che operano in strutture specializzate nel recupero delle dipendenze e utilizzato in ambito ambulatoriale, ad eccezione del trattamento della sindrome da astinenza da alcol.

Alcover viene erogato da strutture specializzate nel recupero delle dipendenze in flaconi da 140 ml contenenti 24,5 g di SMO o in confezioni da 12 flaconcini da 10 ml contenenti 1,75 g di SMO ciascuno.

Per prevenire ulteriormente il rischio di abuso e di utilizzo a fini illeciti nell'ambito del trattamento della dipendenza da alcol, è stata sviluppata una nuova formulazione bioequivalente ad Alcover in forma di granuli in bustina che funziona da deterrente all'abuso e all'uso improprio.

SMO è il sale sodico del gamma idrossibutirrato (GHB), un acido grasso a catena corta strutturalmente simile al GABA.

Il GHB si trova naturalmente nel cervello ed esplica un effetto GABA-ergico attraverso la sua trasformazione metabolica in GABA e come agonista dei recettori GABA-B.

Il GHB può anche legarsi ai recettori GHB con elevata affinità, sia endogeno che esogeno esplica una duplice azione sui recettori GHB e sui recettori GABA-B.

Il GHB sembra modulare i neurotrasmettitori dopamina, serotonina, acetilcolina ed endorfina.

Gli studi iniziali hanno mostrato una correlazione tra l'aumento dei livelli ematici di GHB (sommministrato per via esogena) e una riduzione dei livelli di coscienza, il che spiega il primo utilizzo terapeutico del GHB nel produrre sedazione.

Il meccanismo d'azione di SMO nella dipendenza da alcol non è stato completamente spiegato.

Il GHB a basse dosi (50 mg/kg/die) sembra avere effetti alcolomimetici a causa di un ridotto rilascio di GABA mediato dai recettori GHB sui neuroni GABAergici e noradrenergici, con conseguente disinibizione del rilascio di neuroni dopaminergici e aumento dell'attività dei neuroni dopaminergici nel circuito mesocorticolimbico.

La maggior parte della dose di SMO somministrata (95-98%) viene sottoposta a metabolismo epatico.

Il suo picco di concentrazione plasmatica viene raggiunto in 15-45 min. e ha un'eliminazione dose-dipendente e saturabile. Ciononostante, la farmacocinetica del SMO è lineare alle dosi somministrate nel trattamento della dipendenza da alcol.

L'emivita di eliminazione di SMO nei soggetti sani varia tra 30 e 45 minuti.

Il GHB è stato originariamente commercializzato come integratore alimentare negli anni '80, fino a quando le segnala-

zioni di abuso per i suoi effetti euforici ("droga da club" e "droga da stupro") hanno portato alla sua classificazione come sostanza controllata.

Wang ed altri hanno esaminato l'esperienza cumulativa post-marketing e di sicurezza clinica in circa 26.000 pazienti narcolettici e hanno concluso che esiste un rischio molto basso di abuso/uso improprio nel trattamento con SMO.

SMO ha anche mostrato una sicurezza accettabile in studi randomizzati ben controllati condotti su pazienti alcol-dipendenti.

Inoltre, SMO è un nuovo farmaco promettente per pazienti con un livello di rischio alcolico (VH DRL) molto elevato (si definisce VH DRL un paziente che beve più di 100 g di alcol puro al giorno negli uomini e più di 60 g di alcol puro al giorno nelle donne), una popolazione con elevata morbilità e mortalità causate da gravi disturbi derivanti dal consumo di alcol. Vi sono informazioni e analisi limitate riguardo al profilo di sicurezza dose-dipendente di SMO nei soggetti alcol-dipendenti rispetto al placebo, all'incidenza di eventi avversi gravi e al profilo di sicurezza nei pazienti ancora consumatori di alcol, nonché sulla sicurezza di SMO nell'uso terapeutico.

Prendendo in considerazione tutti questi elementi, gli autori hanno deciso di riesaminare l'esperienza cumulativa post-marketing e di sicurezza clinica con SMO somministrato alla posologia approvata per Alcover e a persone alcol-dipendenti.

Particolare considerazione è stata data alle segnalazioni riguardanti l'abuso e la dipendenza da SMO in pazienti alcol-dipendenti con DRL molto alto.

Metodica

Dati di sicurezza per SMO nella posologia approvata per Alcover in persone con dipendenza da alcol (50 mg/kg/die, suddivisi in 3 o 6 somministrazioni giornaliere per prevenire le ricadute e 50-100 mg/kg/die suddivisi in 3 o 6 somministrazioni giornaliere, per sopprimere la sindrome d'astinenza dall'alcol), sono stati identificati da tre fonti principali: i registri delle sperimentazioni cliniche del National Institutes of Health (NIH) statunitense e dell'Agenzia Europea per il Farmaco (EMA); gli articoli e le segnalazioni dalla letteratura biomedica, e le informazioni sulla sicurezza di farmacovigilanza resi disponibili dall'EMA.

È stato possibile accedere ai registri degli studi clinici gestiti e mantenuti dal NIH e dall'EMA per identificare studi clinici ben controllati recenti e potenzialmente non pubblicati (Studi Controllati Randomizzati [RCTs]), sull'utilizzo di SMO in persone alcol-dipendenti.

Le banche dati selezionate sono state consultate dal 16 marzo 2018 al 26 novembre 2018.

Gli autori hanno ricercato per via elettronica articoli riferiti a studi clinici ed osservazionali per la valutazione della sicurezza di SMO alla posologia approvata per Alcover nel trattamento della dipendenza da alcol.

Sono state utilizzate le seguenti risorse derivanti dalla letteratura biomedica: PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed); Science Direct (www.sciencedirect.com); Cochrane Library (www.cochranelibrary.com) and Google Scholar (<https://scholar.google.com>).

Una ricerca bibliografica ha utilizzato le parole chiave “oxibato” (titolo), o “gamma-idrossibutirrico” (titolo), o “gamma-idrossibutirrato” (titolo), o “4-idrossibutirrico” (titolo), o “4-idrossibutirrato”, o “γ-idrossibutirrico? (titolo) e “alcol” (tutti i campi).

Le informazioni di cui sopra sono state integrate da: conferenze e riunioni sui disturbi della dipendenza da alcol, riferimenti citati in articoli e libri e segnalazioni cliniche dichiarate all'EMA.

Gli articoli inclusi in questa rassegna derivano esclusivamente da quelli riportanti i dati clinici originali o di meta-analisi. Sono stati consultati i registri sulla sicurezza e sulla farmacovigilanza compilati e aggiornati dall'EMA, compresi i rapporti periodici annuali disponibili sull'aggiornamento della sicurezza (PSUR), allo scopo di ricavare i dati di sicurezza relativi a SMO.

Sono stati rilevati i seguenti dati sulla sicurezza: piano di studio, numero di pazienti (arruolati ed esposti), DRL e comorbidità basali, durata di trattamento, dose di SMO, via di somministrazione, formulazione (liquido o granulato), modalità (paziente degente o ambulatoriale), numero e tipologia degli eventi avversi, incidenza dei rischi particolari.

I dati di sicurezza derivanti da recenti, ampi studi clinici randomizzati in doppio cieco internazionali (RCTs) sono stati ricavati dal correlato Rapporto di Studio Clinico e analizzati separatamente da studi più piccoli con configurazioni eterogenee, per i quali i dati sulla sicurezza erano stati ricavati da articoli pubblicati (“Studi clinici iniziali”).

La sicurezza era considerata come rischio per il paziente, valutato tramite eventi clinici avversi, test di laboratorio, visita medica e altri test.

I dati ricavati sono stati verificati da un revisore indipendente.

I registri di *studi clinici* di NIH ed EMA hanno compreso due recenti, ampi RCTs su pazienti con dipendenza dall'alcol: GATE 1 (NCT02090504) [21,22] and SMO032/10/03 (numero EudraCT: 2011-000575-14).

Nell'analisi è stato incluso un terzo RCT recente (GATE 2).

Le dosi testate di SMO andavano da 0,75 g tid a 2,25 g tid (tre volte al giorno).

Nei tre studi la via di somministrazione è stata quella orale. Complessivamente i tre studi citati hanno evidenziato 194 eventi avversi comuni (non gravi) dovuti al trattamento (TEAE) su un totale di 520 pazienti esposti al SMO.

Gli eventi avversi gravi dovuti al trattamento sono stati rari (1 caso overdose, 1 caso epilessia, 1 caso depressione).

Un aumento dell'incidenza di eventi avversi dovuti al trattamento è stato riscontrato a fronte di aumento delle dosi di SMO (1,75-2,25 g tid). Non sono stati riferiti eventi fatali attribuibili al SMO.

Nell'analisi sono stati inclusi in totale 43 *studi clinici iniziali* recepiti da 44 articoli o saggi di letteratura biomedica.

La via di somministrazione dei test è stata quella orale, a parte un singolo studio, in cui SMO è stato somministrato per via endovenosa.

Il mantenimento dell'astinenza è stato condotto nella modalità ambulatoriale e SMO è stato dispensato ai pazienti in flaconi contenenti circa quattro giorni di trattamento.

Il trattamento della sindrome da astinenza da alcol è stato condotto essenzialmente nella modalità di ricovero giornaliero.

Gli studi clinici menzionati hanno incluso un totale di 2.547 pazienti adatti, che sono stati esposti a diversi regimi posologici di SMO. Complessivamente nei 43 studi citati sono stati riscontrati 637 eventi avversi comuni correlati al trattamento (non gravi). Nei 2.547 pazienti esposti a SMO non sono stati riscontrati eventi avversi gravi correlati al trattamento. Nessun paziente è morto.

In pazienti a cui è stato somministrato SMO 30mg/kg per via endovenosa, per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol, sono stati riferiti due eventi avversi gravi (profonda sedazione e disturbi respiratori).

La somministrazione del farmaco per via endovenosa si è dimostrata valida, in quanto molti dei pazienti randomizzati in questo studio evidenziavano sofferenza epatica da abuso di alcol.

Il dosaggio endovenoso produce livelli plasmatici di SMO molto più alti rispetto alla somministrazione orale, in quanto il composto mostra un importante effetto di primo passaggio (biodisponibilità del 27%). In aggiunta la maggior parte dei pazienti ha ricevuto contemporaneamente una benzodiazepina, neurolettici e clonidina.

In pazienti che durante il trattamento continuavano a bere non si sono rilevati effetti indesiderati derivanti dalla combinazione di alcol e SMO 50 mg/kg/die.

Rapporti di farmacovigilanza

Il database di farmacovigilanza per Alcover® (sciropo Alcover, D&A Pharma, Austria and Alcover-17,5% soluzione orale, Laboratorio Farmaceutico C. T, Italia) comprendeva 299.013 pazienti esposti a SMO per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol (circa 73% dei pazienti trattati) e per il trattamento a lungo termine della dipendenza da alcol (circa 27% dei pazienti trattati).

In 17 pazienti in Austria sono stati riportati eventi avversi comuni, non gravi (0,3%; principalmente giramenti, nausea e diarrea) e in 68 pazienti in Italia (0,02%; principalmente giramenti, nausea e sopore).

In questi database di farmacovigilanza non si sono riferiti eventi avversi fatali.

Rischi particolari del trattamento con SMO

Il database di farmacovigilanza per Alcover®, comprendente 299.013 pazienti esposti a trattamento con SMO, riferisce 20 casi di rischi particolari, tra cui 10 casi di abuso/uso improprio, 2 casi di dipendenza/astinenza, 7 casi di overdose e 1 caso di uso illegittimo/criminale.

I rischi particolari del trattamento con SMO sono stati indagati in 846 pazienti con VH DRL.

Degli 846 pazienti con VH DRL solo con 11 pazienti è stato riscontrato abuso/uso improprio, 1 con dipendenza/sindrome da astinenza, 1 ha presentato sovradosaggio e nessuno ha avuto problemi o usato SMO per uso illegittimo o criminale.

Rischi particolari del trattamento con SMO in pazienti con VH DRL

Sono stati riferiti rischi particolari in pazienti con VH DRL che presentavano un utilizzo di più droghe o la presenza di gravi comorbidità psichiatriche, in confronto a volontari sani o pazienti con DRL basso, moderato o alto.

Craving e abuso di SMO nella popolazione a rischio

Due studi aperti, non controllati verso placebo hanno indagato il desiderio insaziabile (craving) di SMO e il suo abuso nella popolazione a rischio.

Caputo e altri hanno indagato il craving per SMO e il suo abuso in 47 pazienti con dipendenza da alcol trattati per via orale con SMO (50 mg/kg peso corporeo t i d) per tre mesi.

14 pazienti erano solo dipendenti dall'alcol, 10 pazienti erano in fase di consolidata e piena remissione dalla dipendenza da cocaina, 13 pazienti erano in fase di consolidata e piena remissione dalla dipendenza da eroina e 10 pazienti erano sotto trattamento di mantenimento con metadone.

Craving per SMO è stato osservato in 16 pazienti (34%).

Di questi 2 pazienti (14,3%) erano solo dipendenti da alcol, nessuno (0%) era sotto trattamento di mantenimento con metadone, 9 (90%) erano in fase di remissione da dipendenza da cocaina e 5 (38,5%) erano in fase di remissione dalla dipendenza da eroina.

L'abuso è stato riscontrato in 11 pazienti (23,4%): nessuno tra quelli con sola dipendenza da alcol o alcolisti sotto trattamento di mantenimento con metadone, 6 pazienti in fase di remissione dalla dipendenza da cocaina (60%) e 5 in pazienti in fase di remissione dalla dipendenza da eroina (38,5%).

Le differenze tra pazienti dipendenti solo da alcol o alcolisti sotto trattamento di mantenimento con metadone e pazienti in fase di remissione consolidata da eroina o cocaina erano statisticamente significative.

I pazienti con sola dipendenza da alcol e quelli sotto trattamento di mantenimento con metadone hanno ridotto significativamente il loro desiderio insaziabile per l'alcol, mentre ciò non si è osservato nei pazienti in remissione dalla dipendenza da cocaina e nei pazienti in remissione dalla dipendenza da eroina.

Il craving verso SMO ed il suo abuso sono stati indagati anche in un altro studio da Caputo ed altri in pazienti dipendenti da alcol con e senza comorbidità psichiatriche.

20 pazienti senza comorbidità psichiatriche e 28 con comorbidità psichiatriche (Asse I o Asse II secondo DSMIV-TR) sono stati reclutati e trattati con SMO per via orale (50mg/kg/die in tre somministrazioni), per 12 settimane.

Il craving e l'abuso di SMO sono stati valutati secondo lo stesso procedimento dello studio precedente.

Alla fine del trattamento non si sono registrati casi di desiderio insaziabile di SMO in pazienti senza comorbidità psichiatriche, mentre desiderio insaziabile di SMO è stato osservato in 11 pazienti (39,3%) con disturbi psichiatrici nel gruppo B. Oltre a ciò sono stati individuati 3 casi di abuso in pazienti con disturbo borderline della personalità. Questi pazienti hanno aumentato la dose di SMO fino a due-tre volte il dosaggio prescritto.

Oltre ai due studi sopracitati è stato pubblicato un altro studio che ha indagato la presenza di uso improprio di SMO in una popolazione di alcolisti sotto trattamento.

In particolare Nava e altri hanno indagato l'uso improprio di SMO in pazienti italiani con dipendenza da alcol (cioè gli stessi non avevano usato il SMO per scopo terapeutico).

Si trattava di un'analisi retrospettiva su una coorte di 485 pazienti trattati in sette centri di riabilitazione per alcolisti nel nord Italia.

Uso improprio di farmaci è stato rilevato nell'11% dei trattamenti e solo in pazienti con fattori di rischio per abuso/uso improprio di SMO (utilizzatori di più droghe, soggetti con disturbi psichiatrici, utilizzatori di droghe nel passato e pazienti non astinenti o recidivi), a conferma dei dati emersi dai due studi precedenti di Caputo ed altri.

Inoltre i casi di sovradosaggio e intossicazione sono stati rari. Per questo è importante individuare i potenziali pazienti inclini ad abuso di SMO prima di iniziare il trattamento, sia per escludere il rischio di insorgenza di craving e relativo abuso di SMO, sia per poter offrire loro alternative farmacologiche di trattamento.

In particolare i pazienti con una storia di dipendenza (per es. eroina e/o cocaina) e quelli con disturbi psichiatrici (per es. disturbo borderline della personalità), considerati "popolazione a rischio per l'insorgenza di desiderio insaziabile, abuso e uso improprio del farmaco", possono essere inadatti ad una terapia di mantenimento con SMO.

Rischi particolari del trattamento con SMO nella formulazione come granulato

È stato indagato il database degli studi clinici (RCT recente e studi clinici iniziali) per confrontare i rischi particolari (abuso/uso improprio o illegittimo) nei pazienti con dipendenza da alcol (senza comorbidità psichiatriche o polidipendenze) in trattamento con SMO come granulato o nella formulazione liquida di Alcover.

Non sono stati riscontrati rischi particolari in 397 pazienti trattati con granulato a confronto con 36 casi di abuso/uso improprio in 2.250 pazienti trattati con formulazione liquida (incidenza 1,6%).

Opinione degli esperti

Dati sulla sicurezza ricavati da 3 ampi RCT recenti (n = 520 partecipanti) e da 43 studi clinici precedenti (n = 2.547 partecipanti) hanno mostrato che SMO, nella formulazione orale, possiede un buon profilo di sicurezza nei pazienti con dipendenza da alcol.

Questi dati si ricavano da RCT internazionali ben controllati, comprendenti pazienti della EU di 9 paesi, da studi in doppio cieco e in aperto, studi osservazionali interventistici e da una indagine retrospettiva non interventistica.

Tale buon profilo di sicurezza è stato confermato da dati di farmacovigilanza di Alcover® (299 013 pazienti esposti al SMO in Austria ed Italia).

In generale gli eventi avversi sono temporanei e non richiedono l'interruzione del trattamento. Infine i casi di abuso di SMO o quelli di dipendenza sono estremamente rari nei pazienti senza comorbidità psichiatriche o polidipendenze.

I dati di sicurezza qui rivisti sono qualitativamente ben comparabili con quelli relativi ad una revisione Cochrane precedente, la quale contemplava solo dati da RCT pubblicati.

Questa revisione ha analizzato i dati di sicurezza (ed efficacia) ricavati da 13 RCT (inclusi nella nostra revisione) che comprendevano 648 soggetti trattati con SMO per la sindrome da astinenza da alcol e prevenzione della ricaduta.

Gli effetti indesiderati più riscontrati sono stati le vertigini e i giramenti (19,6% dei pazienti), diarrea è stata osservata nel 2,5% dei pazienti.

Altri effetti indesiderati si sono osservati in meno del 2% dei pazienti.

Questi numeri sono simili, ma leggermente maggiori di quelli riferiti prima in questa review.

Ciò si può spiegare col fatto che la revisione Cochrane comprendeva solo i dati ricavati da database di RCT acquisiti sino all'ottobre 2008.

L'incidenza degli effetti indesiderati sembrava essere correlata alla dose.

Il numero degli eventi avversi correlati al trattamento in pazienti trattati con SMO 2,25–3,75 g/die per via orale risultava leggermente più alto rispetto al gruppo placebo.

La differenza rispetto al placebo era più marcata nei pazienti trattati con SMO 5,25–6,75 g/die per via orale.

La somministrazione di SMO 30mg/kg per via endovenosa evidenzia un livello plasmatico di SMO molto maggiore alla somministrazione orale e può portare a depressione respiratoria, specialmente a fronte di somministrazione concomitante di depressivi del sistema nervoso centrale.

Pertanto l'uso di SMO per via endovenosa è consigliato sotto la diretta supervisione medica.

I pazienti con comorbidità psichiatriche (disturbi borderline della personalità ed altro) o quelli in fase di remissione da dipendenza da cocaina od eroina mostrano un maggior rischio di abuso di SMO e ne deve pertanto essere controllata la dispensazione.

Al contrario non si sono riscontrati effetti indesiderati dalla combinazione di alcol (assunzione media di alcol da 3,8 a 5,8 bevande alcoliche) e di SMO 50 mg/kg per via orale in quei pazienti che stavano ancora bevendo durante il trattamento.

Questo riscontro è in linea con i risultati di studi farmacodinamici, nei quali non si sono osservate interazioni tra alcol (somministrazione da 38 a 53 g di alcol puro a uomini con peso corporeo di 75 kg) e SMO (somministrazione di 1 g, 2 g, 5,5 g o 50 mg/kg) in volontari sani.

Di conseguenza una relazione di concertazione di 50 esperti italiani nel campo dei disturbi da consumo di alcol raccomanda di non attendere che il paziente smetta di bere per iniziare la terapia con SMO.

Si deve infine ricordare che SMO possiede un'emivita breve (25-30 minuti) ed i pazienti con effetti collaterali (o non responsivi) possono pertanto avere beneficio da un maggiore frazionamento del farmaco.

Si deve inoltre sottolineare che un maggiore frazionamento del farmaco ha consentito di non avere pazienti con abuso dello stesso.

La revisione *conclude* che SMO per via orale possiede un buon profilo di sicurezza nei pazienti con dipendenza da alcol.

Gli eventi avversi sono temporanei e non richiedono l'interruzione del trattamento.

Durante il trattamento si possono verificare casi molto rari di abuso di SMO e sua dipendenza e la sospensione del trattamento con SMO nella maggior parte dei casi non provoca insorgenza di gravi sintomi.

A fronte dell'esiguo numero di studi a disposizione si richiedono ulteriori dati di sicurezza per caratterizzare meglio il profilo di sicurezza di SMO nel caso di uso concomitante di alcol.

Siccome è stato riferito un caso grave di perdita di coscienza raccomandiamo di sospendere o interrompere il trattamento nel caso di pesante ricaduta nel bere.

I pazienti con comorbidità psichiatrica o che sono in fase di remissione da dipendenza da cocaina od eroina hanno un rischio maggiore di abuso di SMO, pertanto si richiede prudenza quando si ipotizza la terapia con SMO in questi pazienti.

Molto accurate sono infine le 78 voci bibliografiche citate nel lavoro.

Fare Cura attraverso la rete: il caso di Eleonora

Annamaria Martinelli[^], Margarita Tyropani^{*}, Andrea Materzanini[°]

Poiché la disperazione era un eccesso che non gli apparteneva, si chinò su quanto era rimasto della sua vita, e riiniziò a prendersene Cura, con l'incrollabile tenacia di un giardiniere al lavoro, il mattino dopo il temporale.

Alessandro Baricco, *Seta*, 2007

Publicato online: 08/07/2021

L'équipe multidisciplinare dei servizi delle Dipendenze del DSMD della Franciacorta nel corso degli anni ha sviluppato una capacità di prendersi Cura del soggetto dipendente attraverso una prassi integrata, per la quale le attività riabilitative sono di volta in volta e caso per caso pianificate sulla base dei reali bisogni del paziente e ben delimitate nelle loro competenze (Materzanini, 2018).

Nel corso degli anni, infatti, ci si è resi conto che le soluzioni "a pacchetto" imposte agli utenti di un servizio mal si conciliano con una mentalità integrativa.

Il personale dei Ser.D ha acquisito una specializzazione che ha permesso di delineare il piano ed il confine del proprio operare.

In assenza di limiti e di consapevolezza del proprio ruolo, è immanente tanto il rischio di bombardare in modo disordinato il mondo interno ed esterno del paziente, quanto il rischio di agire inconsciamente, non riuscendo ad essere équipe che cura (Freni, 2000).

Il caso di Eleonora che andremo a descrivere ne è un esempio. In questi ultimi anni sono molto diffusi i concetti di *integrazione e multidisciplinarietà*, in genere ritenuti utili ed euristicamente validi rispetto alla possibilità di fornire una risposta più creativa ed efficace nella cura degli stati di dipendenza.

L'*integrazione* implica un complesso processo dialettico che presuppone una chiara *differenziazione* dei vari elementi ad esso inerenti e la *consapevolezza* degli elementi osservazionali, con l'aspettativa del *cambiamento* e della Cura.

Inoltre, rispetto alla cura, si presume esista una *équipe multidisciplinare* che sul piano operativo sia coinvolta in un'integrazione composta dall'articolazione di risposte che i Servizi delle Dipendenze sono chiamati a dare, nel riconoscimento e trattamento delle condizioni cliniche in un contesto sociosanitario contemporaneo.

Tale contesto è però sempre più condizionato da indiscutibili preoccupazioni economico-aziendali che mal si conciliano con le soggettività chiamate in campo dal disagio mentale correlato alle dipendenze.

[^] Responsabile U.O.S.D. Dipendenze.

^{*} Dirigente Medico Ser.D. Orzinuovi.

[°] Direttore del Dipartimento per la Salute Mentale e Dipendenze – D.S.M.D. ASST Franciacorta, Brescia.

Ancor oggi, il destino di un individuo dipende in larga misura dalla capacità di contenimento e Cura di famiglia, comunità, operatori e servizio con cui viene a contatto.

L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della dipendenza dovrebbe essere una questione di *umiltà* e di *Rispetto per l'Altro* (Freni, 2000).

Il caso di Eleonora

Il caso di Eleonora (nome di fantasia) è risultato complesso dal momento che ha richiesto una fitta integrazione tra la rete territoriale e il Servizio Ser.D., dovuta all'attivazione di programmi multidisciplinari e alla risoluzione di problematiche anche burocratiche che sono emerse nel corso della presa in carico.

L'attivazione della rete territoriale ha coinvolto l'assistente sociale del comune di residenza che ha predisposto l'invio al servizio su richiesta insistente dei familiari, gli operatori della Tutela Minori, i 3 medici curanti MMG che si sono susseguiti nella presa in carico della paziente, gli operatori della U.O. di Disabilità Adulti, il medico dell'Hospice del POT (Presidio Ospedale Territorio) di Orzinuovi, il neurologo, i colleghi della divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Iseo e Chiari, i colleghi delle U.O di Alcolologia coinvolte e gli operatori della comunità terapeutica, e il CAF.

Tale rete è stata importante nella gestione della complessa situazione della paziente.

La sig.ra Eleonora, nata all'inizio degli anni ottanta, si è presentata al Servizio delle Dipendenze nel marzo 2020, in piena pandemia Covid-19, per problematiche legate all'uso di alcool.

Ogni volta che la paziente si è presentata in servizio, lo ha fatto sotto effetto di alcool, non curata nell'aspetto e nell'igiene personale, disorientata nei parametri spazio temporali e già compromessa per una polineuropatia esotossica nella deambulazione tanto da dover essere sostenuta ed accompagnata dai familiari.

L'accesso non è mai stato spontaneo per la scarsa consapevolezza delle problematiche alcolcorrelate e la scarsa capacità di critica e di giudizio nei confronti della propria condizione di malattia.

Dalla cartella clinica si evince che: “I colloqui risultavano difficili a causa dell’intossicazione da alcool. La paziente, infatti, alternava momenti di risa con momenti di piagnucolio. Data la continua intossicazione, ogni inferenza riguardante i suoi stati mentali, ne era inficiata. Il suo corso di pensiero risultava rallentato, ed è stato dunque impossibile valutare alterazioni delle sensopercezioni”.

Dai colloqui con la paziente e dai contatti effettuati con l’operatore del servizio inviante, l’assistente sociale del Comune di residenza, emergeva una situazione di gravità, dal punto di vista personale, familiare, sociale e lavorativo.

Eleonora beveva quotidianamente, il compagno, nel marzo 2020, ha lasciato l’abitazione tornando a vivere con i suoi genitori e portando con sé il figlio di 8 anni.

Precedentemente, nel febbraio 2020, date le assenze continue ed ingiustificate dal lavoro, Eleonora è stata licenziata.

A settembre 2020 il compagno ha ottenuto l’affido esclusivo del minore.

Eleonora al momento del contatto con il servizio viveva sola, avendo perso entrambi i genitori per malattia in giovane età.

Il fratello, di 32 anni, vive nello stesso paese di residenza di Eleonora, ma non risulta che abbiano un rapporto significativo.

Come figure rilevanti nella vita della paziente, sono state segnalate una zia e un’amica della madre, che Eleonora considera vicina quanto una zia.

La signora M., infatti, ha sempre tenuto i rapporti con i vari operatori con cui è venuta a contatto (Ser.D., medico curante, A.S. del Comune).

La paziente ha riferito di aver cominciato l’utilizzo di alcool a 16 anni, inizialmente solo il fine settimana in compagnia.

Dal 2012, ha incrementato l’uso di alcool, pare dopo la nascita del figlio e, al momento della prima visita, beveva giornalmente circa 6-7 lt di vino.

Per questo motivo, è stata formulata diagnosi di “Dipendenza da alcool continua”.

La terapia con sodio oxibato, 30 ml/die, impostata per Eleonora ad aprile 2020 non ha avuto beneficio per la scarsa collaborazione della signora nel programma di disintossicazione ambulatoriale.

Si sono alternati momenti in cui la paziente mostrava di accettare passivamente gli interventi proposti con momenti in cui la paziente si mostrava poco propensa nei confronti di un percorso di cura e recupero.

Sono stati segnalati diversi accessi al PS per cadute in seguito ad intossicazione acuta da alcool. Vista l’emergenza Covid-19, e i frequenti accessi al PS, Eleonora, con l’approvazione della signora M., ha consentito al suo inserimento in un contesto comunitario, previa disintossicazione dall’alcool.

A giugno 2020, la paziente è stata ricoverata presso il reparto di alcologia dell’Ospedale di Palazzolo (BS) ed è stata successivamente trasferita presso la Medicina Interna dell’Ospedale di Iseo per epatopatia acuta esotossica su epatopatia severa. Dopo alcuni giorni, la paziente si è autodimessa senza concludere l’iter diagnostico proposto dai colleghi e sottovalutando le sue condizioni fisiche.

Eleonora ha ripreso l’uso di alcool ed è stata nuovamente accompagnata nell’agosto 2020 al PS per verosimile caduta accidentale.

In seguito, è stata ricoverata nel reparto di medicina Interna di Chiari per riscontro di anemia e insufficienza renale con globo vescivale, dove è stata sottoposta a trasfusione di EC.

La paziente si è dimessa nuovamente contro il parere dei sanitari.

La diagnosi alle dimissioni corrisponde con quanto segue: “Anemia grave da perdita gastroenterica, gastrite microemorragica, esofagite, multipli focolai di ESA post traumatici, insufficienza renale acuta, ritenzione acuta urina, infezione delle vie urinarie, epatopatia alcolica a evoluzione cirrotica”. Eleonora pian piano ha perso l’autonomia personale e le persone a lei vicine hanno segnalato difficoltà nella cura dell’igiene con perdita della capacità di controllo degli sfinteri, difficoltà nell’alimentazione e difficoltà nella deambulazione.

A settembre 2020, non è stato possibile effettuare ricovero presso la Alcologia di Arco, la paziente non era autonoma, si è presentata in carrozzina, indossando il pannolone.

Nel frattempo, è stata ricoverata in Medicina Interna dell’Ospedale di Iseo.

Ad inizio ottobre 2020 è stata dimessa con diagnosi di infezione delle vie urinarie da enterococco faecum, intossicazione acuta da alcool, disidratazione con peggioramento acuto della funzione renale, ipo natriemia e potassiemia, malnutrizione calorico-proteica ed anemia (terapia trasfusionale).

Nel frattempo, è stata contattata l’Alcologia dell’Ospedale di Rivolta d’Adda ed è stato fissato un ricovero per metà dicembre 2020.

Ad ottobre 2020 Alessandra è stata ricoverata presso la comunità terapeutica di Paitone dove è rimasta per meno di 24 ore.

Alessandra ha riferito che sentiva la mancanza della propria casa e del figlio e ha abbandonato la comunità terapeutica.

Nel novembre 2020 subisce osteosintesi omerale destra in seguito a caduta accidentale.

Le pratiche per la nomina dell’AdS (amministratore di sostegno) prendono inizio al mese di ottobre e si concludono a marzo 2021 con la nomina della zia N.

A dicembre 2020 decide di non accettare il ricovero presso l’Alcologia di Rivolta d’Adda. Vengono fissati alcuni appuntamenti presso il Ser.D., l’ultimo dei quali risulta nei pochi giorni prima di Natale del 2020, durante il quale Alessandra accetta la proposta di ricovero presso “Villa Napoleon”, casa di cura psichiatrica con una sezione di Alcologia a Mestre.

Il ricovero viene fissato nella seconda decade di gennaio 2021. In prossimità al ricovero si apprese che la struttura non accetta pazienti non autonomi.

Per tale motivo, Eleonora rinuncia alla possibilità del ricovero nell’immediato, viste le sue gravi difficoltà nell’autonomia personale e vista la necessaria assistenza continua negli atti quotidiani. Si contatta la “Casa di cura Beato” di Palazzolo, che accetta pazienti non completamente autonomi.

Eleonora viene messa in lista d’attesa.

A fine gennaio 2021 Eleonora viene inizialmente ricoverata nel reparto di medicina interna dell’Ospedale di Iseo, poi in Terapia Intensiva dell’Ospedale di Chiari, successivamente nel reparto di Neurologia dove viene diagnosticata encefalopatia di Korsakoff-Wernicke e dalla RMN si riscontra mielinolisi pontina.

Successivamente viene trasferita all’Hospice di Orzinuovi per il riconvertimento del reparto di neurologia in reparto per pazienti Covid-19.

A causa della grave compromissione cognitiva, della sindrome da allettamento e delle difficoltà nell'alimentazione è risultato impossibile dimettere a domicilio la paziente.

La soluzione ideale sarebbe stata la collocazione in una RSD. In integrazione, i servizi si sono attivati per la richiesta di inserimento presso la struttura per disabili psichici della fondazione di Soncino (CR).

Il tutto per una più idonea presa in cura di Eleonora.

All'inizio di marzo 2021, viene effettuata riunione tra gli operatori del Ser.D. e gli operatori della Tutela Minori, che hanno in carico la situazione del minore, nella quale questi ultimi vengono informati circa le condizioni della paziente e gli eventuali percorsi terapeutici attivabili.

L'assistente sociale del Ser.D. sollecita diverse volte i familiari della paziente per espletare le pratiche della richiesta di pensione di invalidità.

Il Ser.D. si fa da intermediario con la commissione invalidi della ASST Franciacorta con la richiesta di valutare urgentemente i criteri di gravità per procedere all'inserimento in struttura residenziale per disabili.

In data 11/03/2021, viene effettuata una riunione tra gli operatori del Ser.D., il medico del reparto Hospice, gli operatori della disabilità, l'A.S. del territorio e l'A.S. del comune per definire la struttura più idonea ad accogliere Eleonora, provvedendo alla ridefinizione del servizio capofila della situazione e del ruolo dei servizi socio-sanitari in rete.

In data 19/03/2021 Eleonora ottiene la pensione di invalidità con assegno di accompagnamento.

Il giorno dopo si apprende il decesso di Eleonora dovuto ad una crisi respiratoria acuta.

Conclusioni

Il trattamento della dipendenza da alcol presenta livelli di efficacia elevati sia in termini di astensione dall'uso che di benessere personale, soprattutto se si riesce ad intervenire prima dell'insorgere delle maggiori complicazioni fisiche e sociali.

Questi buoni livelli di efficacia si possono ottenere, innanzitutto, mediante le risorse dei servizi attraverso interventi di aggancio precoce e applicazione delle strategie di rete e strumenti terapeutici integrati, sia di tipo farmacologico che psicologico.

Il trattamento del Disturbo da uso di Alcol è in gran parte *territoriale*.

Periodi di degenza in ospedale o comunità terapeutiche si rendono necessari allo scopo di affrontare i disturbi di astinenza, di effettuare una diagnosi in condizioni alcool-free, di impostare il successivo programma terapeutico.

La corretta dinamica tra i diversi luoghi di trattamento integrati che costituiscono i nodi della rete territoriale è un elemento fondamentale sia rispetto alla efficacia dei programmi, sia per un corretto impiego delle risorse (Cibin, Hinnenthal, 2012).

La storia di Eleonora si iscrive in un periodo di sofferenza dei Servizi delle Dipendenze e di quelli sociosanitari coinvolti nella cura per la pandemia da Covid-19 in corso.

Tutto ciò ha accelerato il già repentino aggravarsi delle condizioni cliniche della sig.ra, la grave disabilità manifestata e la sua dipartita.

L'atteggiamento mentale della équipe curante in rete è stato quello di oscillare, secondo un modello bi-modale, da una posizione attiva, volta a fornire le indicazioni ritenute valide al momento, ad una passiva-ricettiva, volta a comprendere il mondo interno ed esterno di Eleonora, il suo modo di porsi nel qui ed ora della relazione.

Data la situazione, è stato complicato intendere la "diagnosi" "come processo volto alla progettazione dell'intervento più efficace.

Sappiamo bene però che definiamo pazienti gravi proprio quelli che attaccano distruttivamente qualsiasi relazione o legame, poco suscettibili a qualsiasi trattamento.

Il compito difficile è quello di riportare all'interno di una pratica clinica integrata quella "frammentazione, disorganizzazione psichica, familiare e sociale" che abbiamo riscontrato in Eleonora (Vender *et al.*, 1997).

Tutto ciò ci ha fatto ripensare ad alcuni aspetti clinici che avevano caratterizzato l'intervento. Ad esempio, un'importante idealizzazione da parte degli operatori nelle azioni terapeutiche erogate dal Servizio delle Dipendenze che è servita da contraltare all'angoscia dei familiari di fronte ai comportamenti autodistruttivi della paziente.

O ancora, il bisogno della zia e della sig.ra M. di trovare un posto dove collocare la loro congiunta, essendo ormai non più in grado di tollerare le sue ricadute, veniva in qualche modo non soddisfatto dalla scarsa *compliance* e motivazione ad aderire alle proposte terapeutiche. Accettare solo il trattamento farmacologico con sodio oxibato ha significato per i familiari aprire la strada ad un possibile ennesimo affidamento alle loro cure che però non si sentivano di fornire (Vender *et al.*, 1997).

Non si è riusciti a cogliere le ricadute nell'uso di alcool come un "processo che viene da lontano e che porta l'alcolista a compiere una serie di eventi apparentemente insignificanti" (Cibin, Hinnenthal, 2012), nel senso che Eleonora non ne ha riconosciuto il significato.

Ciò l'ha portata a situazioni di alto rischio, come le condizioni cliniche in repentino aggravamento, rendendola invalida al 100%, tanto da ottenere un assegno di accompagnamento poiché non in grado di compiere gli atti quotidiani e bisognosa di assistenza continua (Marlatt, Gordon, 1985).

Le condizioni di alto rischio che hanno portato Eleonora a ricadere nell'uso di alcol si inscrivono nei conflitti famigliari ed interpersonali quali l'allontanamento del figlio, il licenziamento, le condizioni di restrizione e di paura del propagarsi del Covid-19 e gli stati emotivi negativi che ne sono conseguiti con l'aumento esponenziale del *craving* per l'effetto di violazione della astinenza e la percezione che l'alcool fosse l'unica salvezza al tracollo.

Per dirla con parole sue "o bevo o muoio".

Eleonora, però, ci ha permesso, nonostante i pregiudizi culturali orientati ad un atteggiamento di fredda rassegnazione, di non smettere di sperare.

È la nostra speranza che riduce la ferita narcisistica del paziente, che attenua la condizione di avvilitamento e di mortificazione in cui si trova (La Moglie *et al.*, 1999).

Eleonora ci ha messo di fronte anche alla elaborazione del lutto di un nostro paziente grave e complesso e alla domanda che tutti gli operatori della rete si sono fatti: "cosa avremmo potuto fare per evitare che...?".

L'équipe territoriale composta da tutti gli attori coinvolti nel caso di Eleonora ha sviluppato il più possibile una mentalità curante umile, dedita e rispettosa della singolarità dei partecipanti alla cura e della gravità della situazione, dando anche un supporto ai famigliari che sono stati concretamente aiutati a più livelli, ponendo particolare attenzione ai fattori predittivi negativi quali: grave disagio psicosociale, co-morbilità, alta emotività espressa.

In sintesi, l'intervento integrato territoriale si è orientato anche nell'aiuto delle persone significative in relazione con Eleonora in termini professionali credibili, senza necessariamente considerarli patologici, attivando la possibilità di contributi economici e sostenuti nell'assumere un ruolo di attiva e continua collaborazione con l'équipe curante.

In conclusione, la cura sarà il risultato della integrazione di tutto ciò che la rete territoriale mette in campo e non la semplice sommatoria di vari atti tecnici.

Il territorio che è capace di Cura intesa nel suo senso alto di premura e devozione è in grado di fare accoglimento empatico, significazione, rispetto per l'altro inteso come individuo con le sue singolarità competenza.

Fare Cura attraverso una rete territoriale comporta dei modi di fare e di essere che in passato venivano descritti con termini quali come vocazione, dedizione o missione e che come corrispettivo metaforico, rimandano al modello delle cure materne.

L'eccesso di professionalizzazione e di tecniche oggi disponibili, tendono ad oscurare ed inaridire quelle altre caratteristiche legate alla qualità della persona prima che del professionista, alla sua soggettività, alla sua potenzialità creativa e a ciò che autori come Hillman chiamano "fare anima" (Freni, 2000).

Bibliografia

- Cibin M., Hinnenthal N. (2012). Trattamento integrato dell'alcolismo: Gli strumenti e i luoghi di intervento. *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria*.
- Freni S. (2000). L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della psicosi: Una questione di umiltà e di rispetto per l'A(altro). *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.
- La Moglie A., Penati G., Longhini M. (1999). La cronicità nei servizi psichiatrici territoriali. *Società Italiana di Psichiatria*.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Materzanini A. (2018). Perché non bastano gocce e pastiglie. In: *I luoghi del possibile. Fare salute mentale oggi*.
- Vender S., Callegari C., Pedroni R., Poloni N. (1997). Terapie con nuovi farmaci e trattamenti integrati nelle patologie gravi. *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.

I gruppi di motivazione al cambiamento per gli alcolodipendenti

Martina Ceccarini*

Publicato online: 08/07/2021

Come le droghe, l'alcol agisce sul circuito della gratificazione dando un senso di soddisfazione che può divenire autonomo rispetto alle altre emozioni ed alle situazioni fisiologiche di gratifica (Koob, Volkow, 2016).

Il bevitore eccessivo ricerca nella sostanza degli effetti precisi: un senso di calore (fisico e psichico, cioè di una parvenza di calore da contatto con gli altri), il senso di soddisfazione (percezione di pienezza, di aver scacciato la propria inutilità, il vuoto, il proprio disagio), la riduzione dell'ansia (azione ipno-inducente) (Cerizza, Borella, 2004).

Il trattamento dell'alcolodipendenza richiede una forte componente attiva e partecipativa da parte dell'individuo: la percezione di sé come agente del cambiamento è essenziale nella risoluzione di questo tipo di disturbi. In tal senso, la motivazione è assolutamente fondamentale.

I Gruppi di Motivazione al Cambiamento nascono dall'unione di due modelli principali.

Il primo è il modello del colloquio motivazionale elaborato da Miller e Rollnick (1994), che consiste in una struttura generale d'approccio all'utente che favorisce il cambiamento.

Il secondo modello è il Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Il colloquio motivazionale rappresenta una metodologia efficace per offrire supporto alle persone in difficoltà, aiutandoli a mettere a fuoco la propria situazione e ad agire rispetto a disagi presenti o solo potenziali.

Le modalità del colloquio motivazionale sono persuasive più che coercitive e garantiscono un maggiore sostegno alle risorse della persona in favore del suo cambiamento.

L'obiettivo è aumentare la motivazione interiore dell'assistito, in maniera che il cambiamento avvenga, possibilmente, da "dentro".

Tale processo risulta tanto più efficace quanto più la famiglia della persona è coinvolta.

Da un punto di vista psicologico, infatti, il processo di cambiamento è certamente mediato, facilitato od ostacolato anche dagli atteggiamenti adottati dalla sua famiglia e/o dalle altre relazioni sociali che spesso possono essere fonte di mantenimento del disturbo stesso, pur senza volerlo (Blasi, Casonato, 2005).

* Psicologa, psicoterapeuta, UOC Servizio Territoriale Dipendenze, DSMD - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana - Città Metropolitana Milanese.

Il colloquio motivazionale è un metodo direttivo centrato-sul-cliente, per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza. All'interno della definizione, il metodo "centrato-sul-cliente" è un elemento centrale che viene introdotto a partire dal pensiero di Carl Rogers.

Secondo Rogers, il terapeuta non ha un approccio diretto: non interpreta né consiglia, ma si limita ad incoraggiare o a chiarire dei punti specifici di particolare rilevanza.

Il presupposto operativo è che l'individuo sia in grado di parlare dei problemi personali e che il terapeuta possa instaurare un'atmosfera di accettazione e di non giudizio, nella quale esplorare e poter risolvere i problemi del soggetto (Miller, Rollnick, 1994).

Un approccio centrato-sul-cliente è basato essenzialmente su tre elementi fondamentali quali: autenticità, accettazione incondizionata e comprensione empatica.

Rogers vede una pari dignità tra i due attori di un processo terapeutico, e decide quindi di ridefinire "cliente" il più classico "paziente".

In tal modo si perde la distanza tra il paziente classico ed il terapeuta, in favore di un rapporto maggiormente paritario in cui l'operatore mette a disposizione la propria esperienza e le proprie conoscenze all'utente che, per parte sua, indica quali sono i propri bisogni ed obiettivi, che saranno poi soddisfatti in un percorso comune.

Questo approccio si discosta largamente dalle forme più tradizionali di terapia: l'obiettivo non è solo insegnare competenze o continuare a scavare nel passato, quanto occuparsi degli interessi e delle preoccupazioni attuali del cliente (Blasi, Casonato, 2005).

Un altro concetto importante nel colloquio motivazionale è quello di motivazione intrinseca. Miller e Rollnick (1994), sostengono una visione in cui il potenziale del cambiamento risiede già nel cliente, ed affermano che compito dell'operatore è quello di estrarre questa motivazione (come le tematiche ad essa collegate), in un approccio maieutico.

In quest'ottica, assume una fondamentale rilevanza la risoluzione dell'ambivalenza.

Difatti, il cliente accede al colloquio in assenza della connotazione dicotomica "essere o non essere motivato": l'ambivalenza è considerata una condizione normale dell'essere umano e lo scopo del lavoro terapeutico è, difatti, la risoluzione di tale condizione. Secondo Miller e Rollnick (2004) esistono dei principi base ai quali l'operatore dovrebbe attenersi per il buon raggiungimento degli obiettivi del trattamento: esprimere empatia, aumentare la frattura interiore, aggirare ed utilizzare la resistenza ed infine sostenere l'autoefficacia.

Il primo punto origina dal pensiero rogersiano e vuol'essere un'indicazione riguardante lo stile relazionale del terapeuta verso il cliente e rispetto ai contenuti portati nei colloqui da quest'ultimo. L'atteggiamento mentale che gli autori indicano come necessario al buon andamento del singolo colloquio e della terapia nella totalità, viene definito di "accettazione".

È proprio l'accettazione a garantire l'instaurarsi di un buon clima all'interno del quale il cliente è sostenuto nell'aumentare la propria autostima e ad intraprendere il cambiamento spontaneamente.

Va sottolineato che esprimere empatia verso il cliente non equivale necessariamente ad approvarne o ad avvallarne il comportamento.

Riguardo al secondo punto è possibile affermare che la persona che richiede aiuto per uno stato di dipendenza da sostanze, è dominata dall'ambivalenza tra la percezione del proprio comportamento da una parte, ed i propri valori o sentimenti dall'altra.

La tematica nasce dal pensiero cognitivista di Festinger (1957), per il quale le persone possono esperire una dissonanza cognitiva tra i propri stati interni e quelli esterni come, ad esempio, tra il proprio sistema di valori ed il relativo comportamento, o tra due opinioni incompatibili.

La presenza della dissonanza induce l'individuo a ricercare possibili soluzioni volte a ridurla o ad eliminarla: tanto più grande è percepita l'incongruenza, tanto maggiori saranno gli sforzi per risolverla. Questo si traduce, sul piano del colloquio motivazionale, nella visione dell'ambivalenza come di uno stato naturale dell'uomo (Miller, Rollnick, 2004).

Nel momento in cui tale dissonanza o frattura non produce un cambiamento atto a risolverla, l'individuo è bloccato, ed è quindi necessario un intervento esterno.

Da una parte, si prospetta la possibilità di smettere di assumere la sostanza con i costi e i benefici che questo comporta, e dall'altra si considera la possibilità di continuare nell'assunzione.

Nell'avvicinarsi ad una delle due opzioni, gli aspetti negativi della sostanza che ha creato la dipendenza diventano evidenti, e parallelamente, si fanno più attraenti i lati positivi dell'altra posizione: si impone quindi un moto in senso opposto, che però non giungerà direttamente alla fine (astinenza protratta), dato il ripetersi del ciclo.

L'esplorazione dell'ambivalenza è da attuarsi mediante un'analisi dei pro e dei contro (bilancia decisionale) di ognuna delle due possibilità.

Il terapeuta deve quindi chiarire i pro ed i contro forniti dal cliente, di ognuna delle due scelte e, in questo modo, rendere più ampia, e maggiormente motivante, la frattura interiore.

Questo intervento deve essere ben calibrato: dall'osservazione degli utenti si può notare, infatti, che la percezione della frattura può tradursi in un impiego di meccanismi di difesa come la razionalizzazione, la proiezione e o la negazione del disagio (Miller, Rollnick, 2004).

Inoltre, Miller e Rollnick (2004) sostengono che qualsiasi tentativo di imporre ragioni o punti di vista, seppur pienamente fondati, ad un soggetto già abituato a convivere con l'ambivalenza, produrrà inevitabilmente una marcata resistenza al trattamento.

Quest'ultima, non è da combattersi direttamente, bensì da aggirare e da utilizzare al fine di costruire nel soggetto una maggiore spinta al cambiamento.

Nella pratica clinica, questo si traduce nel fatto che il terapeuta evita di discutere animatamente in favore del cambiamento, ma semplicemente riassume e rielabora i benefici ed i costi del cambiamento presentati dal cliente.

Il quarto ed ultimo punto si rifà direttamente al pensiero di Bandura (1977).

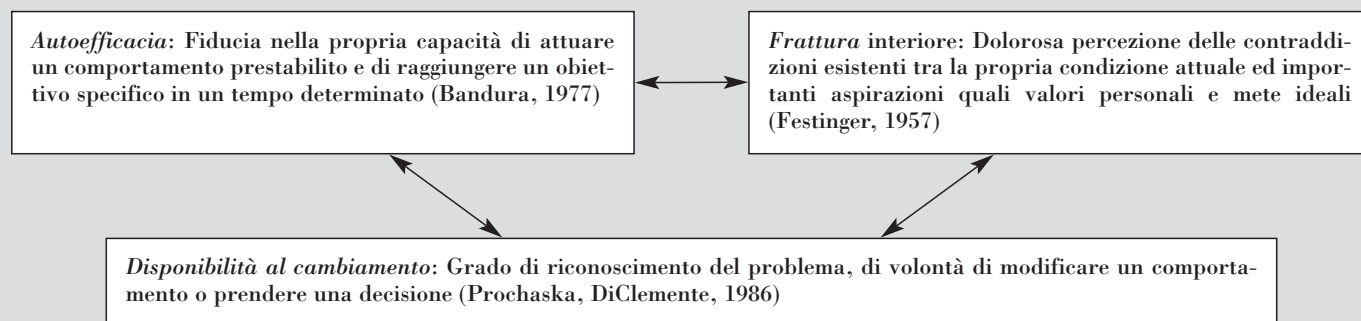
Nel campo degli studi sulla motivazione, per autoefficacia s'intende la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito.

Si tratta di un insieme di valutazioni che il soggetto fa rispetto alla propria possibilità di raggiungere un preciso obiettivo in un tempo determinato.

Nell'ambito del colloquio motivazionale, un sentimento di autoefficacia sufficientemente alto è da considerarsi come un buon predittore del successo dell'intervento (DiClemente, 1986).

I sentimenti che motivano o sostengono il cambiamento devono nascere dal cliente ed essere rinforzati dal clinico.

Sono quindi 3 i fattori fondamentali della motivazione al cambiamento, ed interagiscono fra loro proprio per creare quel presupposto necessario al cliente ad introdurre delle modificazioni del comportamento atte a migliorare il proprio stato emotivo e la propria qualità di vita, come indicato dal seguente diagramma:



Dai primi anni '80 ad oggi, il modello transteorico del cambiamento ha riscosso un ampio successo nel trattamento delle dipendenze.

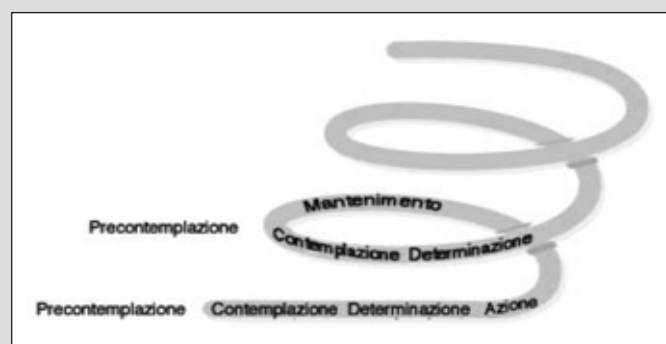
Il modello rappresenta un processo suddiviso in 6 fasi, mediante il quale un soggetto decide di agire.

In ogni stadio è descritto il comportamento passato ed i piani d'azione futuri.

Una prima ed importante novità, rispetto ad altri modelli di programmazione dell'azione è che nel modello transteorico viene integrata la dimensione temporale del cambiamento (Ripamonti, 2015). Non si tratta quindi di una fotografia statica della presa di decisione, bensì di una descrizione processuale.

Inoltre, all'interno delle fasi, è compresa la ricaduta, intesa non come mero fallimento, ma come fonte di esperienza, (se ben rielaborata), per chi intraprende il cammino del cambiamento.

L'immagine iniziale del processo di cambiamento inteso in maniera circolare, muta in una forma spirale (Prochaska *et al.*, 1992):



Il modello di Prochaska e DiClemente (1986), suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprenderlo.

Il cambiamento si articola in sei fasi principali citate.

In fase di precontemplazione non si è ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento (intenzione relativa ai 6 mesi successivi alla valutazione).

L'individuo non è informato o è disinformato rispetto al comportamento a rischio, ha fatto dei tentativi di cambiamento ed è demoralizzato o ha perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare.

Di solito, in questa fase si evita di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio.

Il livello di motivazione è molto bassa o emerge una forte resistenza al cambiamento.

Il fatto di avere un problema di dipendenza è un elemento ancora più o meno lontano dalla consapevolezza (DiClemente *et al.*, 2008).

La fase di contemplazione è caratterizzata dall'ambivalenza: ci si muove alternativamente tra ragioni di preoccupazione e giustificazioni per non preoccuparsi.

Il soggetto inizia a considerare l'ipotesi di modificare il proprio comportamento.

Per passare dallo stadio di precontemplazione al successivo, il soggetto deve avere una preoccupazione "almeno" sufficiente rispetto ad una problematica precisa.

In questa fase si è consapevoli dei pro e dei contro del cambiamento e ciò può causare una situazione di forte ambivalenza che può far rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo, determinando uno stato di "contemplazione cronica" o di procrastinazione.

Nella fase di determinazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (solitamente nel mese successivo), e pianifica la modalità di cambiamento (può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, acquistare un volume di auto-aiuto).

Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di azione. DiClemente e colleghi (2008), parlano di "teachable moments", eventi importanti, transizioni nel ciclo di vita, che possono spingere o motivare un cambiamento (ad esempio una gravidanza, un trasferimento, uno sviluppo lavorativo) e che possono essere opportunamente sfruttati.

Se il soggetto cerca una soluzione al problema e la mette in pratica, passa alla fase successiva, ovvero l'azione.

In questo stadio, il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento e conseguire così un cambiamento.

L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento ma tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse).

Per considerare un comportamento come un'effettiva azione di cambiamento occorre che questo riduca il rischio di malattia.

Tuttavia, se il bilancio non è abbastanza forte o solido, la fase di azione è di breve durata, e l'individuo ritorna alla fase di contemplazione.

Pertanto, gli insuccessi ed i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed opportunamente enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Nella fase di mantenimento, vi è un consolidamento del comportamento e dalla prevenzione della ricaduta.

Il soggetto si applica al mantenimento nel tempo ed alla stabilizzazione del cambiamento. Chiaramente, in questo stadio le azioni sono ridotte, il soggetto non è impegnato attivamente come nella fase di azione.

Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento ed alle caratteristiche individuali.

La ricaduta, è invece immediatamente fuori dal modello a spirale descritto in precedenza e rappresenta una fase ampiamente contemplata anche se, ovviamente, non incoraggiata.

Una volta rielaborata assieme all'operatore, il soggetto si ricolloca in una delle fasi precedenti tra precontemplazione, contemplazione o determinazione (DiClemente *et al.*, 2008).

Il tempo di permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti (ad esempio, per passare dalla precontemplazione alla contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi, ed affrontare gli aspetti difensivi e abitudinari che ne rendono difficile il controllo).

I compiti (tasks) sono considerati da DiClemente (2008) più importanti degli stadi stessi, in quanto messi insieme forniscono la base per la motivazione al cambiamento del soggetto e consistono:

1. nell'aumentare l'interesse e la preoccupazione rispetto al comportamento da modificare;
2. incrementare l'informazione sulle conseguenze nocive e le possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro);
3. accrescere la presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé);
4. analizzare i possibili rischi e ricompense, la successiva presa di decisione, la nascita o il mantenimento dell'impegno e la successiva creazione di un piano efficace.

Essi richiedono abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo ed affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare e di agire, di inibire le pulsioni, seguire le regole, dilazionare i piaceri.

L'auto-regolazione necessita di esercizio ed allenamento costante, ed è una forza necessaria per promuovere i processi di cambiamento (DiClemente *et al.*, 2008).

Inoltre, nel modello transteorico del cambiamento, vengono identificati dieci processi del cambiamento, indipendenti fra

loro, che consentono al cliente di muoversi da uno stadio all'altro:

1. *Aumento della consapevolezza* sul problema (raccolta di informazioni utili), e sui benefici di un eventuale cambiamento.
2. *Autorivalutazione* (attiva nella contemplazione), mediante la considerazione di come e quanto lo status quo ed il cambiamento sono in accordo o in contrasto con i valori personali. La valutazione personale coinvolge l'ambito cognitivo e quello affettivo in relazione a un dato comportamento.
3. *Esperienza emotiva* in cui l'individuo sperimenta ed analizza le reazioni emotive a tali informazioni, ed in generale lo status quo o l'eventuale cambiamento.
4. *Rivalutazione dell'ambiente* riconoscendo e valutando gli effetti che lo status quo ed il cambiamento hanno sull'ambiente e sulle persone circostanti. Ciò implica anche l'acquisizione di consapevolezza circa il proprio ruolo come modello per gli altri.
5. *Liberazione sociale* verificando ed aumentando le occasioni e le norme sociali che favoriscono il cambiamento.
6. *Liberazione personale* accettando la responsabilità ad impegnarsi in un cambiamento comportamentale attraverso una comunicazione pubblica.
7. *Contro-condizionamento* cercando una risposta diversa allo stimolo scatenante, sostituendo i comportamenti da modificare con comportamenti nuovi ed attività che entrano in competizione con i vecchi modelli comportamentali.
8. *Controllo dello stimolo* creando, alterando o evitando gli stimoli che scatenano oppure incoraggiano il comportamento da modificare.
9. *Gestione del rinforzo* gratificandosi con una ricompensa (rinforzo positivo), dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari, anche cercando dei rinforzi nuovi che sostituiscano i vecchi.
10. *Relazioni d'aiuto* sapendo cercare e ricevere supporto da altri, per cambiare il comportamento.

I primi cinque processi sono di ordine cognitivo esperienziale (riguardano quindi il pensiero), ed i restanti cinque sono di ordine comportamentale (sono quindi relativi alle azioni).

I processi cognitivo esperienziali coinvolgono in primis la sfera cognitiva, sono presenti soprattutto nelle prime fasi del cambiamento e sono legati all'aumento di consapevolezza ed alla spinta motivazionale.

Solo l'attivazione di tali processi fanno sì che abbiano successo le parole e gli sforzi dell'operatore con cui l'individuo sta intraprendendo un percorso di cambiamento, e gli consentono perciò di progredire.

I processi comportamentali hanno maggiore rilevanza nelle ultime fasi del processo di cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Secondo Prochaska e colleghi (1992), il colloquio motivazionale ed il modello transteorico del cambiamento sono, per così dire, nati per andare di pari passo.

La loro struttura e le loro finalità sono complementari anche a partire dal pensiero dei rispettivi creatori.

Ciò che ne segue è una metodologia d'approccio al paziente affetto da patologia da dipendenza, che integra le fasi descritte dal modello del cambiamento con specifiche tecniche del colloquio motivazionale.

In ogni fase del modello, infatti, le finalità, tanto quanto le tecniche con le quali conseguirle, provengono dal colloquio motivazionale.

Quella che segue è una trattazione di come i due metodi si integrano.

Per quanto possono essere diversi coloro che intraprendono un percorso di recupero dalla sostanza, durante la fase di precontemplazione, le finalità in questo primo momento sono: mantenere il contatto, evocare la consapevolezza ed i dubbi e fornire informazioni specifiche.

La prima delle finalità è intrinseca al colloquio motivazionale in quanto rappresenta un prezioso strumento che facilita l'empatia.

Inoltre, secondo Miller e Rollnick (2004), gli approcci del colloquio motivazionale che mirano a smantellare le resistenze nel cliente non fanno altro che aumentarne la forza.

Evocare la consapevolezza vuol dire favorire l'avvio per la creazione della frattura interiore, da ottenersi anche attraverso il fornire informazioni, preferibilmente lasciando che queste emergano dall'utente, in forma maieutica, attraverso l'uso di domande più che di risposte.

Durante la fase di contemplazione, invece, è l'ambivalenza il punto cardine: se nella prima fase si comincia a lavorare con il cliente sulla bilancia decisionale, è durante questo stadio che se ne fa l'uso più massiccio.

Lo scopo dell'operatore che lavora con un contemplatore, è quello di aiutare a spostare l'ago della bilancia in favore del cambiamento.

Non va dimenticato che l'intervento non mira solo a spingere sul piano del cambiamento, ma anche al comprendere, assieme al cliente, quali siano i vantaggi della sostanza.

La fase della determinazione è incentrata sui piani del cliente per il proprio futuro.

Avere una strategia per affrontare la difficoltà di un cambiamento è essenziale se non si vuole che l'azione vera e propria termini troppo in fretta.

L'operatore ha quindi il compito di facilitare la scelta di questi piani d'azione.

Una volta che il cliente ha raggiunto la fase dell'azione, ritorna ad essere cruciale quell'empatia che era servita inizialmente a costruire il rapporto operatore-cliente.

In questo momento però, l'empatia ha lo scopo di fornire un rinforzo e di sostenere il cliente durante il consolidamento dell'astinenza (Prochaska, DiClemente, 1986).

Lo scopo principale dell'operatore nella fase di mantenimento è quello di prevenire le ricadute: anche se queste sono potenzialmente ritenute utili fonti d'informazioni, si tratta in ogni modo di momenti che possono essere vissuti come fortemente destabilizzanti.

Nella migliore delle ipotesi, la ricaduta condurrà il cliente ad una nuova fase di determinazione, e quindi sarà possibile impostare immediatamente un piano d'azione.

Tuttavia, ciò non sempre avviene, ed un intervento poco tempestivo o inadeguato potrebbe condurre il cliente alla precontemplazione e quindi ad essere talmente riassorbito dalla ricaduta da perdere la consapevolezza del proprio problema.

In tal senso, quindi, il mantenimento è una fase da non sottovalutare.

Nella dipendenza da alcol, particolari situazioni, come ad esempio quella di andare ad una festa o di celerare il Capo-

danno, potrebbero far sentire al cliente una particolare vulnerabilità.

L'operatore deve poter cogliere e controllare assieme al cliente questi momenti di difficoltà (Prochaska, DiClemente, 1986).

La ricaduta è un momento indubbiamente difficile per entrambi i partecipanti al cambiamento: al di là dell'ovvio senso di perdita di speranza nell'utente, il clinico potrebbe provare la sensazione di aver fallito nel proprio lavoro di supporto.

Questi, ha il compito di far rientrare l'utente in terapia, ad esempio, ripetendo al cliente quanto "normale" possa essere la ricaduta, o sostenendo la capacità dello stesso di riprendere il cambiamento. Un altro passaggio fondamentale e necessario è quello di comprendere assieme al cliente quali sono state le motivazioni che hanno condotto alla ricaduta, al fine di utilizzarle all'interno di un intervento basato sulla "bilancia decisionale" (DiClemente *et al.*, 2008).

Dall'integrazione del colloquio motivazionale con il modello transteorico del cambiamento, ne deriva un approccio motivazionale al cambiamento del singolo individuo, che può essere trasferito nell'ambito del lavoro di gruppo dando vita ai cosiddetti gruppi di motivazione al cambiamento.

Essi hanno una struttura semi-aperta, ciò significa che mentre alcuni membri hanno maturato maggiormente il proprio mantenimento dell'astinenza e sono in procinto di lasciare il gruppo (magari per rientrarvi solo occasionalmente), altri membri si aggiungono al gruppo già formato.

Questo potrebbe considerarsi destabilizzante, tanto per i nuovi venuti, quanto per gli appartenenti al gruppo più consolidato, specialmente poiché questi ultimi hanno probabilmente raggiunto una sobrietà più duratura.

Il carattere empatico di questi gruppi, che deriva dal colloquio motivazionale, rappresenta la risposta a buona parte del problema dell'instabilità.

Yalom (1970) (in Blasi, Casonato, 2005), propone una classificazione dei possibili fattori terapeutici che accomunano le diverse tipologie di terapie gruppali: fornire speranza, trovare la condivisione (dei sintomi), l'altruismo, la somministrazione d'informazioni, il comportamento imitativo, l'apprendimento interpersonale e la tendenza coesiva del gruppo.

In questo semplice elenco appaiono aspetti tipicamente cognitivi, comportamentali ed affettivi. Nell'ambito dei gruppi di motivazione al cambiamento, questi elementi sono incoraggiati da un clima generalmente partecipativo: la distanza per anzianità dell'astinenza non diventa più un limite nel momento in cui il "membro anziano" è fonte di speranza o di semplici consigli sul "come fare". L'empatia prelevata dall'approccio motivazionale diventa importante, ad esempio, nel momento di una ricaduta, e consente di mettere in atto l'apprendimento a livello interpersonale.

Nel caso dei cosiddetti "poliabusisti" (la poliassunzione di sostanze psicoattive legali e/o illegali), ci si trova di fronte a pazienti che necessitano di un intervento su più fronti.

Ad esempio, un paziente potrebbe trovarsi in fase di mantenimento dell'astinenza da oppiacei, in fase di contemplazione per quanto riguarda l'uso di alcolici ed ignorare completamente (precontemplazione) la propria dipendenza da tabacco. Tutte queste problematiche andrebbero trattate separatamente, ovviamente stabilendo qual è la sostanza di dipendenza principale o quella che necessita di un intervento immediato.

Ad ogni modo, l'utente si collocherebbe in più gruppi, ognuno dei quali interveniente su una specifica dipendenza.

I gruppi di motivazione al cambiamento devono avere una funzione di confronto con la realtà, nel quale è preferibile favorire collegamenti fra le diverse situazioni reali o fra le situazioni e gli stati d'animo di tutti i membri. Il feedback degli altri partecipanti al gruppo aiuta i pazienti a riflettere sui loro modelli di comportamento disadattivi e solitamente egosintonici (comportamenti che disturbano gli altri ma non il paziente stesso), facendoli diventare egodistonici (disturbanti per il paziente stesso). Tale processo è molto importante perché in tal modo si costruisce la base della motivazione al cambiamento.

In gruppo, è inoltre possibile interfacciarsi con una patologia sia deficitaria che conflittuale, talora con aspetti di frammentazione, dove il gruppo può avere una funzione di collante, supportata e modulata dagli atteggiamenti del terapeuta.

Quest'ultimo può oscillare fra modalità prettamente tecniche e momenti più contenitivi tramite una maggiore sensibilità empatica ed umana (Cibin *et al.*, 2001).

Falkowski (in Cibin *et al.*, 2001), specifica che il gruppo mira a fornire ai propri membri la più accurata e piena comprensione di sé, e dell'effetto che un individuo ha sugli altri all'interno del gruppo, nonché a valutare l'effetto degli altri sull'individuo stesso.

Ciò significa che il paziente impara qualcosa su di sé dal leader del gruppo e dagli altri membri, arrivando a scoprire, ad esempio, di avere dei comportamenti e degli atteggiamenti autosvalutanti ed autodistruttivi, che determinano importanti fraintendimenti nell'interazione con le altre persone. Inoltre, un gruppo coeso e supportivo può essere un potente incoraggiamento per il paziente alcolodipendente nella fase di mantenimento dello stato di sobrietà.

In quest'ottica, i gruppi di motivazione al cambiamento sono efficaci in quanto favoriscono la promozione delle relazioni interpersonali, il mutuo supporto fra pazienti, un effetto positivo sull'autostima, sulla motivazione e sull'aspettativa di successo nel mantenimento di un modello comportamentale più adattivo e funzionale.

Il processo di "smettere di bere" è lungo e difficile.

Le famiglie, che prima avvertivano la difficoltà di vivere col paziente dipendente, ora sono sede di numerosi cambiamenti: normalmente, ci si aspetterebbe che in casa non si tenga più la sostanza.

Tanto quanto vi sono gruppi di auto aiuto per i familiari e gli amici degli alcolisti (i gruppi Al-Anon), allo stesso modo i parenti, se necessario, e se disponibili, vengono seguiti in gruppo e talvolta individualmente al fine di essere aiutati a coadiuvare il percorso del paziente e ad essere essi stessi sostenuti nei momenti di difficoltà.

A seconda dei casi, il paziente segue un percorso individuale o di gruppo.

In questa decisione intervengono molteplici fattori.

Primo tra tutti è l'adeguatezza della persona al contesto grup- pale.

La psicopatologia (frequentemente presente oltre alla dipendenza da alcol), influenza spesso il giudizio sull'adeguatezza del paziente rispetto l'esperienza grup- pale: ad esempio, sarebbe difficile e forse controproducente (per ovvie ragioni), l'inserimento in gruppo di un paziente con un disturbo di personalità paranoide (Hudolin, 2015).

L'individuo dipendente dall'alcol è spesso diffidente nei confronti di un possibile cambiamento, rappresentato dall'astinenza protratta.

Nell'ambito dell'alcolologia, esistono due modelli di intervento che da anni raccolgono risultati eccellenti: il Colloquio Motivazionale (Miller, Rollnick, 1994) ed il Modello degli Stadi del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Il primo ha lo scopo di persuadere l'individuo ad agire in favore di un cambiamento, garantendo un sostegno alle risorse della persona.

Nel colloquio motivazionale, l'operatore è empatico, fa aumentare la frattura interiore, aggira la resistenza e sostiene l'autoefficacia del soggetto mediante l'esplorazione dell'ambivalenza con un'analisi dei pro e dei contro (bilancia decisionale).

Il secondo, il modello transteorico del cambiamento, offre una spiegazione riguardante gli stadi specifici del processo di cambiamento di un soggetto, descrivendo le caratteristiche che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo.

L'unione dei due modelli in ambito grup- pale dà origine ai gruppi di motivazione al cambiamento, che, come già evidenziato nel resoconto di un percorso di gruppo, sollecita nei partecipanti un maggior investimento sulla condizione astinziale, rispetto all'atteggiamento di partenza, per molti caratterizzato da scetticismo o scoraggiamento (Casati *et al.*, 2004).

Il Gruppo di Motivazione al Cambiamento: un caso clinico

Il gruppo di lavoro per il trattamento delle dipendenze di seguito descritto, è stato attuato in un servizio pubblico, nell'anno 2017, avvalendosi sia di interventi individuali che grup- pali.

L'utente accolto presso il servizio, veniva inizialmente valutato con alcuni colloqui valutativi specifici. Laddove è stato possibile, era richiesta anche la partecipazione dei parenti dell'alcolista.

La raccolta dei dati bio-psico-sociali del paziente è stata effettuata mediante tre interventi: una visita medica, dei colloqui psicologici e, dove indicato, degli incontri con l'assistente sociale.

Dopo la raccolta del materiale, il programma di trattamento per il singolo utente veniva discusso in sede di riunione di équipe.

Il gruppo di lavoro si avvaleva anche della collaborazione di uno psichiatra, specialmente nel caso in cui si fosse ritenuto necessario l'utilizzo di una terapia farmacologia avversivante rispetto all'alcol.

I gruppi attivati erano di due tipologie: i Gruppi di Motivazione al Cambiamento che secondo il modello Prochaska-DiClemente, indicati per il raggiungimento di uno stato di azione protratta, ed il Gruppo Assertività incentrato sostanzialmente su un intervento cognitivo-comportamentale finalizzato all'acquisizione di strumenti relazionali più idonei, dopo una consolidata astinenza.

Viene di seguito trascritto il caso di Filippo: dalla presa in carico, ai colloqui individuali preparatori, fino al suo ingresso al gruppo motivazionale.

Per ragioni di privacy, il nome di Filippo, e quello di qualsiasi altro paziente qui citato, sono fittizi.

Colloqui individuali di accoglienza e valutazione

Filippo è un signore di bell'aspetto di 44 anni, molto curato ed elegante, laureato e con diversi masters negli USA, è un dirigente di successo alcolodipendente, e giunge alla struttura accompagnato dalla moglie.

Nel corso dei primi colloqui si evidenzia che il paziente si trova in stato di precontemplazione in quanto nega di avere un problema con l'alcol.

Filippo, infatti, fa le seguenti affermazioni: "Senta sono io che decido di bere [...], posso smettere quando mi pare e piace: io non dipendo da niente, bevo così, solo per divertirmi". Inoltre, il paziente trova spiegazioni irreali e rassicuranti per non affrontare il proprio problema.

Filippo dichiara che è la moglie che si preoccupa troppo: "Quella pensa che io beva troppo e vuole impedirmi di uscire con gli amici [...], è mia moglie che mi fa bere.

Cioè, tutte le volte che litighiamo io esco.

Ma lo faccio per divertirmi", e aggiunge: "Sono gli amici che mi fanno bere perché se loro bevono lo devo fare anche io per non annoiarmi".

Il paziente, attribuisce ad altri i propri impulsi, pensieri e sentimenti da lui non riconosciuti; Filippo rinnega i propri vissuti e la propria esperienza attribuendo la motivazione, la mancanza di autocontrollo e la preoccupazione legata al bere ad altri individui (moglie o amici).

Egli specifica che: "non è vero che ho un problema con l'alcol [...], è vero che qualche volta ho esagerato, ma questo non succede sempre".

Qui appare evidente la sua negazione: si rifiuta di riconoscere evidenti quegli aspetti della realtà esterna e della propria esperienza che per la moglie, la figlia ed il datore di lavoro (che lo conosce da quasi 20 anni e col quale è intercorsa una telefonata dietro autorizzazione del paziente), sono evidenti. Le contraddizioni con le sue affermazioni emergeranno poi dagli esami medici, ed ancora da quanto viene riferito dalla moglie e dalla figlia, prese in carico con l'intervento di gruppo.

Nella fase di accoglienza è previsto un colloquio col medico per la valutazione delle condizioni fisiche del paziente e per la prescrizione di eventuali accertamenti.

Mediante l'ecografia epatica appare evidente un grave stato di steatosi al fegato.

Gli esami di laboratorio comprovano una grave alterazione degli indicatori della funzionalità epatica; le transaminasi e la GMT denotano un malfunzionamento epatico ed il livello di VCM dei globuli rossi appare aumentato, quale possibile segnale di carenza alimentare di vitamina B12 e di acido folico a causa dell'utilizzo marcato di alcol (Brignoli et al., 1998). Infine, dal risultato della Trasferrina Desialata si evidenziano abusi continuativi di alcol negli ultimi 15 giorni.

Ognuno di questi risultati non è probatorio della diagnosi di dipendenza da alcol, sebbene il quadro complessivo che emerge dai singoli esami è quello di un uso protratto e massiccio della sostanza.

I colloqui preparatori all'inserimento nel gruppo

L'équipe ha determinato il passaggio ad un gruppo motivazionale dopo la valutazione iniziale ed il paziente è stato preso in

carico dalla psicologa che si è occupata della conduzione e della preparazione all'ingresso nel gruppo.

Nel corso dei colloqui, le affermazioni di Filippo iniziavano a diventare più dubitative riguardo agli effetti negativi dell'alcol nella sua esistenza e, accanto alle dichiarazioni tipiche della precontemplazione, sono gradualmente emersi contenuti che preannunciavano il passaggio allo stadio di contemplazione, quali "talvolta esagero", "bevo anche se dopo, il giorno dopo non sono lucido", "non mi preoccupa quando esagero con gli amici: quello è per ridere.

Ma il fatto che ormai quasi tutte le sere bevo dopo mangiato un po' di whiskey" (in seguito confiderà al gruppo che beveva quasi mezza bottiglia ogni sera).

L'operatore aveva messo in atto le seguenti strategie:

- Massima attenzione alla relazione e sviluppo del rapporto col paziente attraverso empatia, ascolto riflessivo e domande aperte.
- Dimostrazione di rispetto delle affermazioni iniziali del paziente (anche laddove opinabili), e conferma della sua libertà d'opinione e di scelta, accettando la condizione motivazionale di Filippo e della sua attuale indisponibilità al cambiamento.
- Accettazione dei processi motivazionali del paziente, senza forzarlo in pensieri che ancora non gli appartengono, evitando di scontrarsi con le resistenze poste in essere fin dalle prime affermazioni sopra riportate, evitando dispute e discussioni che spesso il paziente riportava in modo anche arrogante (conforme al quadro narcisistico che già appariva nel paziente in fase precontemplativa e contemplativa, e confermato da un riesame dopo alcuni mesi di astinenza).
- Informazione sul problema dell'alcol ed atteggiamento maieutico in merito, ottenuto evocando il riconoscimento del problema ed eventuali preoccupazioni formulando, non appena vi sia una parziale accettazione del problema, domande quali: "cosa la preoccupa delle affermazioni di sua moglie?", "cosa la preoccupa del suo uso di alcol?", "cosa potrebbe succedere se lei non cambiasse?" e "in che cosa il suo consumo di alcol l'ha ostacolata in passato o la ostacola attualmente?".

Tali strategie (che verranno utilizzate di nuovo durante l'intervento di gruppo), hanno permesso di stabilire una sufficiente alleanza terapeutica.

Il paziente stesso, una volta acquisita e consolidata l'astinenza, riconoscerà durante le sedute di gruppo che nella fase iniziale, quando egli negava il problema, l'atteggiamento "di accettazione e di non giudizio" del terapeuta gli hanno permesso di sentirsi non forzato ed a proprio agio nel parlare della sostanza, consentendogli "per la prima volta in vita sua di aprirsi e di ammettere la sua debolezza verso l'alcol, senza vergognarsi, senza sentire che dall'altra parte (dall'interlocutore) ci fosse l'aspettativa che lui smettesse subito".

A questo punto, Filippo, tra precontemplazione e contemplazione, si era dimostrato pronto per l'ingresso nel gruppo, avendo compreso i vantaggi del confronto con altre persone che hanno vissuto un'esperienza simile.

Inoltre, l'operatore dopo che ha cercato di rassicurare il paziente e di risolvere tutti i suoi dubbi relativi al passo che sta per compiere, affrontate le regole del gruppo e discussi gli obiettivi da raggiungere. Filippo ha potuto partecipare agli incontri gruppali solo dopo aver firmato per accettazione il regolamento che definisce il setting del gruppo (orari degli incontri, impegno

a presenziare, puntualità, modalità di comunicazione di eventuali assenze, rispetto degli altri e delle opinioni altrui anche quando divergono dalle proprie, impegno a non avere contatti con gli altri membri fuori dal setting di gruppo).

Resoconto del percorso di Gruppo

Filippo fa il suo ingresso in gruppo: si presenta e gli altri membri si presentano a loro volta dando rilievo al percorso fatto nei confronti della sostanza.

La trascrizione presentata di seguito consiste in un semplice scambio di battute, e rappresenta un estratto delle sedute che hanno una durata di due ore ciascuna.

Il momento presentato si rivela essere particolarmente importante per la prosecuzione del cammino astinenziale del paziente.

Il resoconto contiene la trascrizione del brano e un'analisi dei membri del gruppo che intervengono, e dei risvolti di interesse dal punto di vista dell'intervento motivazionale.

Resoconto di una seduta decisiva: "La ricaduta di Carla"

Carla: "mio marito mi ha fatto ricadere. Ho litigato con lui per via di mio figlio e mi sono fatta due birre. E quando gli ho fatto vedere che stavo male ha avuto anche il coraggio di dirmi che sono una stupida, che sono proprio cretina".

Carla è in fase iniziale di azione e sta tentando di smettere di bere da poco tempo; nelle sedute precedenti il gruppo prova una forte empatia nei suoi confronti cercando in tutti i modi di sostenerla. La colpa della ricaduta però viene fatta arbitrariamente ricadere sul coniuge, inoltre appaiono evidenti i tentativi maldestri di colpevolizzarlo apertamente per giustificare il fatto che abbia bevuto.

Giuseppe: "hanno ragione quelli del mio gruppo: si è alcolisti per tutta la vita e anche solo una goccia di alcol ti fa tornare indietro in un secondo. Quella roba lì (l'alcol) devi scordartela finché non sei nella bara. Solo un alcolista può veramente capire un altro alcolista".

Giuseppe, in stato di azione avanzata, è astinente da moltissimi mesi dopo una ricaduta avvenuta dopo anni di astinenza. Egli frequenta i gruppi di auto-aiuto degli alcolisti anonimi. All'interno di AA è un membro fortemente attivo e coinvolto.

Filippo: "ma quelli di alcolisti anonimi ti hanno proprio fatto il lavaggio del cervello! Un mio amico ci andava e ha provato non so quante volte a tirarmi dentro. Appena vedeva uno bere, subito andava lì, tipo testimone di Geova a sparare grandi verità. Alla fine ho smesso di vederlo perché era anche imbarazzante: insomma sembrava di uscire con un profeta. Cioè quella roba non serve! Io se voglio posso smettere. Se devi, smetti".

Nonostante le raccomandazioni sul rispetto reciproco in gruppo previste anche dal setting, Filippo tenta di screditare l'intervento di Giuseppe, giustificando le proprie affermazioni menzionando il suo amico.

Egli parla con l'intento di colpire un membro del gruppo da tempo astinente per invidia del successo ottenuto.

Il fatto che, nonostante il fanatismo, l'amico fosse astinente è escluso dal focus della sua attenzione. Emerge inoltre il carattere onnipotente tipico della malattia, perché si attribuisce una capacità di controllo di cui in altre sedute individuali ha ammesso di essere privo.

Conformemente al quadro narcisistico, il successo di altri oscura il proprio.

La risposta data a Giuseppe potrebbe essere letta come un ritorno, repentino ma momentaneo, alla precontemplazione, forse provocato dallo sgomento dato dalla consapevolezza di non poter più fare uso della sostanza.

In questo senso, anche se inconsapevolmente, Giuseppe è divenuto direttivo, provocando la difesa di Filippo.

Il conduttore sta per intervenire per ristabilire il setting, ma viene preceduto da Giuseppe, toccato sul vivo.

Giuseppe: "allora fai come ho fatto io. Anch'io la pensavo così. Ti capisco. Vorrei darti una mano come do una mano agli altri alcolisti quando faccio un 12esimo passo".

Giuseppe ha raggiunto una parziale stabilità per la lunga astinenza.

Sa essere altruista e spesso si reca in ospedale o si adopera per accogliere altri alcolisti secondo il XII passo degli AA.

Filippo: "guarda. Non fare l'ayatollah dell'astinenza e non ho bisogno di una mano: smetto quando voglio".

Filippo perpetua nuovamente un atteggiamento confrontazionale nei confronti di Giuseppe, il quale, a sua volta scatena e potenzia le resistenze di Filippo, che regredisce nuovamente ad una posizione precontemplativa già superata da tempo.

Giuseppe: "Ti stavo dicendo una cosa, però. Stai calmo! Allora. Io credevo una volta di avere il controllo ma la drssa. X (uno dei due psicologi conduttori) mi ha quasi sfidato. Mi ha detto: "provi a bere un solo bicchiere al giorno". Beh non ci sono mai riuscito".

Filippo: "ma per favore...".

Ancora un tentativo di svalutazione che denota la chiusura di Filippo.

Mauro: "beh forse Giuseppe ha ragione. C'ho provato anch'io. A controllarmi, dico. Prova anche tu. Diamine magari ci riesci. Prova, e settimana prossima ci dici un po' com'è andata".

Mauro è nella fase di azione da alcuni mesi senza ricadute. È molto stimato da Filippo, in quanto unico membro del gruppo appartenente alla sua classe sociale.

Conduttore: "le sfide in questo percorso non servono, con l'alcol si rischia di perdere sempre, tutti lo sappiamo bene. Filippo è libero di scegliere cosa vuole fare della sua vita. Però devo dire che è una bella sfida. Perché non prova a raccogliarla, Filippo? Tanto male non fa! Ne parleremo la prossima volta se Filippo decide di provarci: in fondo sono passa-

ti tutti da lì e c'è sempre una prima volta per cimentarsi con l'astinenza. Io però vorrei tornare a Carla. Questo è un momento difficile per lei e credo che dovremmo ascoltarla".

Il conduttore ristabilisce innanzitutto il setting.

L'intervento mira ad esprimere empatia sia con Filippo (che probabilmente si sentiva attaccato dal gruppo), sia con il gruppo stesso.

L'intervento più importante è però il rinforzo rispetto la posizione di Mauro, facendo leva sul narcisismo di Filippo.

Le resistenze di Filippo derivano dal quadro narcisistico quanto dalla dipendenza ancora non superata. In precedenza è stato specificato, parlando di colloquio motivazionale, che le resistenze non vanno combattute, bensì aggirate.

Questo ne è un ottimo esempio.

L'ultimo intervento è lo spostamento del focus del gruppo sulla ricaduta di Carla.

La seduta prosegue quindi in questo senso.

Filippo non parlerà più fino alla fine, se non con frasi brevi nelle quali è evidente la sua irritazione.

Nella seduta successiva Filippo dice che ha provato l'assunzione controllata, ma che aveva bevuto più del solito e si era molto irritato per la seduta precedente (dice di aver fallito la sfida perché si era irritato), e che aveva pensato di non venire più (tentativo di colpevolizzare il gruppo).

Egli, è provato dall'insuccesso ed i partecipanti, questa volta, si dimostrano più contenitivi nei suoi confronti, forse anche perché s'identificano nel suo dolore che, in genere, tutti hanno provato all'inizio del percorso.

Nel corso degli incontri successivi, Filippo, ricaduta dopo ricaduta, diviene sempre più consapevole della sua condizione di alcolodipendente e della sua incapacità di controllo della sostanza.

Nel periodo che segue, si troverà molte volte a confrontarsi con la frattura interiore coltivata ed aumentata dal gruppo.

In questo contesto si rende conto infatti di quanto la sua vita attuale (ubriacature con gli amici, assenze da casa, disinteresse familiare e lavorativo), confligga con l'immagine ideale di sé (di rilevanza centrale in un narcisista), di padre e dirigente di successo.

Tale situazione lo porta in fase di determinazione e subito in quella di azione, facendogli attuare numerosi tentativi di astinenza.

Il tempo tra una ricaduta e l'altra diviene via via più lungo, sino a quando decide, con il pieno sostegno del gruppo ed in particolare di Giuseppe, "di farla finita con l'alcol" e decide di sottoporsi a terapia aversativa con *disulfiram* per essere aiutato a gestire i momenti di craving (desiderio estremo della sostanza).

Il paziente assume il farmaco in questo modo: ogni mattina la moglie porge a Filippo una compressa senza alcun commento (per evitare litigi e recriminazioni).

Qualora egli si rifiutasse di assumerla, lei ne informerà il terapeuta del Centro.

Gli effetti della terapia aversivante sono avvertibili anche dopo giorni di cessazione nell'assunzione: sul piano pratico, ogni ricaduta è, per così dire, programmata con giorni d'anticipo.

Questo può avvenire anche solo con un aumento eccessivo di autostima e di autoefficacia nel paziente, che inizierà a sentire di non avere bisogno del farmaco per continuare il percorso astinziale.

Alla somministrazione del test Mac-A emerge che Filippo è ora in stato di azione.

Risulta infatti diminuita la frattura interiore ed è aumentato il senso di autoefficacia nel controllo della sostanza.

Al momento attuale, Filippo sta ancora partecipando al gruppo ed è astinente da quasi dieci mesi. Sebbene non abbia raggiunto il livello di "dogmatismo" del paziente che abbiamo presentato come Giuseppe, il suo tratto di personalità è ora concentrato sul successo della sua astinenza ed è un convinto sostenitore del percorso astinziale.

Bibliografia

- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Blasi S., Casonato M. (2005). *I fattori terapeutici della psicoterapia*. Urbino: Ed. QuattroVenti.
- Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I. (1998). *Alcol e medico di famiglia*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Casati O., Rossin M.R., Teruggi A., Verrilli R. (2004). *Lavorare con i gruppi in alcologia*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Cerizza G., Borella V.M. (2004). *La paura oltre l'alcol; risposte per chi beve e per i suoi familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (2001). *L'alcologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Verona: Pubblicazione "no profit" Società Italiana Tossicodipendenze.
- Diclemente C.C., Garay M., Gemmel L. (2008). Motivation Enhancement in the Treatment of Substance Abuse. In: Galanter M., Kleber H.D. (Eds.), *American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse*, Fourth Edition. USA: APA.
- Hudolin V. (20015). *Manuale di Alcologia Edizione Critica*. Trento: Erickson.
- Koon E. Volkow (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, Aug, 3(8): 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale: preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Miller W.R., Rollnick S. (1994). *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Trento: Erickson.
- Prochaska J.O., Diclemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Prochaska J.O., Diclemente C.C., Norcross J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47: 1102-1114. USA: APA.
- Ripamonti C. (2015). *Manuale di psicologia della salute. Prospettive cliniche, dinamiche e relazionali*. il Mulino Manuali.

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



Carcere e trattamento di gruppo di detenuti con dipendenza da sostanze: l'esperienza dello psicodramma analitico abbinato al test proiettivo di personalità e alla musicoterapia

Daniela Barbini*, Annalisa Pistuddi**, Rachele Desiato[^], Jacopo Calderaro^{^^}

SUMMARY

■ *“Raccontiamo un'altra storia” is the name of a group formed within the penal institute by people motivated to carry out introspective work.*

This work aimed to stimulate people present to experience and tell their stories from a different point of view. This group explored the integration of different therapeutic techniques such as music therapy, collaborative use of the TEMAS test and analytical psychodrama.

At the end of their journey, the group was capable of narrate a “slightly” different personal story from the one they had always told themselves.

This has therefore become the moment when their history became a glance of perspectives. ■

Keywords: *Psychodrama, Treatment, Offence, Detainee, Addiction.*

Parole chiave: *Psicodramma, Trattamento, Reato, Detenuto, Dipendenza da sostanze.*

Pubblicato online: 08/07/2021

Il contesto e il trattamento dei detenuti dipendenti da sostanze

Il percorso clinico a cui i detenuti hanno aderito è rivolto a soggetti certificati con Disturbo da Uso di Sostanze che svolgono un programma in ottemperanza dell'attuale normativa in materia di stupefacenti e dell'esecuzione penale, nella fattispecie i detenuti sono in attesa di giudizio.

Il mandato trattamentale è la presa in carico di soggetti in regime di custodia cautelare, al fine di meglio garantire la possibilità di applicazione dell'art. 89 DPR 309/90 comma 2.

Presupposto normativo è la legge sulle tossicodipendenze, che indica il soggetto dipendente da sostanze come malato e sottolinea come la cura debba essere un elemento fondamentale da salvaguardare, invitando l'organo giudicante a predisporre forme di controllo penale che garantiscano l'avvio di un percorso di trattamento – o la continuità di esso – salvo casi di eccezionale gravità.

* *Psicologa-psicoterapeuta-psicodrammatista Sipsa, consulente Asst Santi Paolo e Carlo, Ser.D. di via Boifava, esperto ex art. 80 C.C. Torre del Gallo di Pavia, Perito Tribunale di Milano.*

** *Psicologa-psicoterapeuta psicoanalista, ASST Melegnano Martesana Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Milano, responsabile scientifico CERCO, Milano.*

[^] *Tirocinante psicologa Asst Santi Paolo e Carlo Ser.D. di via Boifava, Milano.*

^{^^} *MSc psychology student at Lancaster University.*

Per i detenuti che si trovano in questa situazione è possibile attuare la prosecuzione di un percorso di cura psico-socio-sanitaria, che preveda anche aspetti clinici e criminologici, per favorire un processo di rieducazione e risocializzazione del detenuto dipendente da sostanze, nella società civile, attraverso codici sociali condivisi e il superamento della condizione tossicomana.

I detenuti presi in considerazione hanno situazioni individuali, sociali e personologiche molto diverse tra loro e giungono in Istituto in attesa di giudizio per un tempo variabilissimo – e spesso piuttosto lungo – di permanenza in regime di custodia cautelare. Tale periodo, a volte, può produrre una brusca interruzione del programma terapeutico in corso, altre volte, rappresenta invece il primo contatto con un servizio che si occupa della cura.

I pazienti che sono in carico hanno una diagnosi e certificazione secondo i dettati di Legge 309/90 dello stato di dipendenza da sostanze, erogato dal Ser.D. interno al carcere se non si trovano già in carico al Ser.D. territoriale.

Il programma è personalizzato e calibrato sulla motivazione e consapevolezza della cura. A tale fine, è importante monitorare costantemente lo stato psicologico del soggetto, anche promuovendo la comunicazione con le figure professionali sanitarie, competenti per gli aspetti sanitari non correlati alla dipendenza da sostanze, al fine di prevenire il disagio psichico¹.

Proprio perché soggetti dipendenti da sostanze e rei bisogna considerare che l'aspetto clinico della patologia si affianca, si inserisce o deriva, da agiti devianti che non vanno trascurati. Si è infatti osservato come le due componenti (criminalità e dipendenza) siano strettamente correlate nei soggetti considerati e che entrambe devono essere indagate e affrontate.

La recente letteratura ha individuato, a tale proposito, due categorie di soggetti denominati *dipendenti criminali* e *criminali dipendenti*².

Spesso, nei detenuti dipendenti, la patologia ha determinato la commissione di reati strettamente correlati con l'esigenza di acquisire sostanze stupefacenti o con la frequentazione di ambienti devianti, in questo caso si è in presenza di un problema patologico di dipendenza in cui il reato si inserisce accidentalmente.

In altri casi invece, riferiti ai *criminali dipendenti*, il nucleo problematico fondamentale non è legato all'uso di sostanza quanto, piuttosto, alla commissione di reati, alla volontà di mantenere un elevato tenore di vita e alla presenza di molteplici elementi criminogeni nella storia personale dei pazienti che non li discostano dagli agiti dei detenuti non dipendenti.

La dipendenza da sostanze, in questi casi, accompagna azioni e pensieri, comunque devianti, e la patologia tossicomane rappresenta un aspetto collaterale di scelte di vita illecite³. Indipendentemente da ogni considerazione rispetto al fatto se un paziente abbia iniziato prima a commettere reati oppure all'usare sostanze stupefacenti, è di fondamentale importanza che vengano considerati entrambi questi aspetti e, pertanto, i pazienti sono invitati a ragionare su tutte le componenti della loro storia personale.

Il gruppo "Raccontiamo un'altra storia" che andremo ad analizzare si inserisce in quest'ottica di trattamento.

Non è un compito semplice, per le persone detenute, investire affettivamente in un luogo, il reparto di cura, essendo segregati e lontani dagli affetti.

È difficile lavorare su un senso di sé differente da quello del *tossicodipendente reo* allontanato dalla società, ma è in questo modo che si possono porre le basi per riacquistare fiducia in se stessi ed iniziare un percorso di cura.

L'obiettivo del lavoro rieducativo del reparto, in cui si è svolto il gruppo, è rivolto anche all'abbattimento della subcultura carceraria, come incremento del principio di legalità, per cui non è prevista una gerarchia di reati e ogni detenuto deve avere accesso a uguali diritti nell'esecuzione della pena⁴.

L'attenzione è volta anche alla qualità della vita in carcere, all'idoneità dei luoghi e degli spazi del lavoro trattamentale.

Molti detenuti non hanno mai sperimentato nella loro vita una relazione caratterizzata da genuinità, per cui faticano a immaginare che una persona si avvicini a loro in maniera disinteressata. Ciò alimenta alle radici la loro fragilità, poiché li pone in uno stato di continua difesa verso il mondo⁵.

Per questo appare opportuno predisporre un percorso terapeutico che non destrutture le difese psichiche, funzionali all'adattamento al contesto detentivo e alla negazione della depressione soggiacente, se esistente.

Quindi, se da un lato bisogna essere coscienti di avere una domanda da parte dei pazienti, che può riguardare la "parte rea" piuttosto che quella "dipendente" dell'identità della persona, dall'altro non bisogna dimenticare di stare in relazione con degli esseri umani nella loro interezza, che in quel momento si trovano in una posizione di grande fragilità.

Raccontiamo un'altra storia: gruppi di trasformazioni

La fondazione del gruppo

L'esperienza dei gruppi di psicodramma che si sono attuati sembra abbiano garantito la possibilità di un contenitore che già aiuta a sviluppare dei pensieri e a portare la terzietà, che tutela

la possibilità di un set e di un setting⁶.

A seguito delle diverse esperienze effettuate si è pensato di utilizzare tecniche differenti per velocizzare l'effetto terapeutico del gruppo, vista la sua durata limitata, sperimentando questa volta l'integrazione di diverse tecniche terapeutiche quali: musicoterapia, utilizzo collaborativo del test TEMAS e psicodramma analitico.

Il gruppo, che si è svolto presso la Casa Circondariale di San Vittore di Milano, è stato condotto nella prima fase musicoterapica da un educatore professionale esperto in musicoterapia e psicomotricità, osservato dalla psicoterapeuta-psicodrammatista; nella seconda fase, che comprendeva l'utilizzo collaborativo del test e lo psicodramma, è stato condotto dalla psicoterapeuta-psicodrammatista con il contributo di uno psicoterapeuta e del succitato educatore in veste di Io-Auxiliario.

L'ipotesi alla base di questa scelta terapeutica è legata alla possibilità di aiutare il gruppo a velocizzare un clima di fiducia nel quale esprimersi, per potersi narrare e trovare un nuovo racconto di sé che potesse aprire a differenti prospettive rispetto alla propria storia di vita e al futuro.

Per questo il gruppo è stato denominato "Raccontiamo un'altra storia".

Sono stati previsti 10 incontri per poter lavorare sulla dimensione temporale, dando un limite, e quindi per poter dare la possibilità di entrare in contatto con le emozioni scaturite sia dall'incontro con se stessi e con gli altri, sia dall'inevitabile separazione.

I tempi ristretti del gruppo hanno cercato di tenere anche conto della prevista permanenza dei pazienti in Istituto, che erano soggetti a trasferimenti in altri istituti di pena o all'utilizzo di misure alternative al carcere.

Nella consapevolezza di avere tempi terapeutici limitati, la tecnica musicoterapica, per i primi 4 incontri, ha dato la possibilità al gruppo di esprimersi liberamente con un linguaggio universale. La musica è il mezzo espressivo che l'uomo ha creato per rivitalizzare incessantemente il proprio modo di essere persona che sente, accoglie, e ascolta sé per ascoltare gli altri⁷.

La musicoterapia indica la ricerca, l'osservazione, l'analisi e l'adozione del sonoro e del musicale appartenente al soggetto (musica) al fine di aiutarlo (terapia) ad esperire una nuova situazione di ascolto e creazione non solamente centrato sul sé, ma sui poli (sé e l'altro) del processo relazionale. La musicoterapia, in questo contesto, ha unito la modalità espressiva con la ricerca del proprio patrimonio musicale: si è chiesto ai partecipanti di indicare la canzone dell'infanzia, dell'adolescenza e del presente, in modo tale da diventare racconto della propria vita, dei propri ricordi intrecciati dai ricordi altrui affinché si potesse, in termini di gruppo, costruire e creare un nuovo testo e una nuova canzone avente le radici nel passato e capace di proiettarsi nel futuro con la possibilità della creazione di una "musica comune". Nel lavoro svolto, il gruppo ha sviluppato un'armonia che è stata ponte per affrontare le tematiche intrapsichiche e interpersonali più profonde attraverso la presentazione di alcune immagini del test *Tell me a story*.

Le immagini scelte in base ai vissuti del gruppo hanno agevolato i ricordi e le narrazioni in grado di riportare in forma modificata gli scenari del mondo interno, dal campo relazionale al singolo paziente e all'intero gruppo.

Sono state usate come se fossero un primo gioco psicodrammatico.

La scernita era stata inizialmente decisa a priori in base alle fasi di sviluppo del gruppo (fondazione, processo terapeutico, conclusione) e poi di volta in volta ridiscusse nel post-gruppo in base al controtransfert, al fine di stabilire come procedere e che oggetto transizionale proporre nella seduta successiva.

Lo psicodramma analitico è stato infine strumento elettivo attraverso cui poter re-incontrare e dare voce alle parole dimenticate o non dette.

Approfondimento della tecnica dell'utilizzo collaborativo dei test

A partire dalla metodologia applicata alla valutazione psicodiagnostica elaborata da S.E. Finn e dal suo gruppo di lavoro ad Austin (Texas) negli anni Ottanta⁸, si è pensato all'utilizzo collaborativo dei test anche per la conduzione di gruppi di psicoterapia a temine.

Questa metodologia si caratterizza per un approccio innovativo che, per molti versi, si integra ed è complementare alla metodologia solitamente applicata nella conduzione di gruppi psicoterapici ad orientamento analitico, che si basa sulle libere associazioni del gruppo, ma con l'aggiunta dell'utilizzo del test si cerca di agevolare la rappresentazione fantasmatica del gruppo.

La scelta di presentare delle immagini rappresentanti situazioni relazionali, attinge agli studi sulle tecniche proiettive e consente alla persona di manifestare i propri bisogni, i propri stati interni e gli aspetti della sua personalità.

Il test TEMAS è stato scelto in quanto le tavole hanno la caratteristica di essere: colorate (facilitano la verbalizzazione e la proiezione di stati emotivi), strutturate e di ambiguità ridotta (sollecitano la manifestazione di specifiche funzioni di personalità) e multiculturali (facilitano l'identificazione nei personaggi anche di afroamericani, arabi e ispanoamericani).

Inoltre propongono conflitti specifici, sia interpersonali che intrapsichici e indagano sia le funzioni cognitive, che di personalità e affettive.

La modalità con cui il soggetto descrive l'immagine scelta dipende dai suoi sentimenti o emozioni interne.

La consegna "Mi piacerebbe che raccontassimo una storia per questa immagine. Guardate le persone e i luoghi nelle immagini e poi raccontiamo una storia che abbia un inizio e una fine" presuppone comunque un compito di organizzazione percettiva: l'oggetto a cui la consegna fa riferimento richiama alla mente del soggetto rappresentazioni cognitive di oggetti analoghi.

Tali rappresentazioni possono essere considerate sia legate ad aspetti culturali che ad aspetti ambientali situazionali, che più precipue del soggetto.

La scelta operata al momento della formulazione della risposta può essere considerata in qualità del recupero mnestico selettivo di una rappresentazione particolare, all'interno della vasta varietà di rappresentazioni a lui disponibili.

Inoltre, già Freud⁹ metteva in evidenza il ruolo dell'immagine visiva nel funzionamento psichico, riferendosi alla centralità del pensiero per immagini e al valore intermedio dell'immagine stessa. Per la sua prossimità al versante sensoriale e corporeo, essa è depositaria di un legame inscindibile con l'affetto¹⁰.

Ciò consente di velocizzare il processo terapeutico portando il gruppo a svelare la produzione fantasmatica comune, articolata in un contenuto manifesto (la narrazione della storia) e in uno latente (i moti pulsionali e la fantasmatica soggiacente).

Approfondimento della tecnica psicodrammatica

A questo livello si introduce l'utilizzo dello psicodramma analitico, che consente di trovare uno spazio di espressione e di pensabilità per ciò che si muove all'interno del gruppo a livello non

conscio.

La tecnica dello psicodramma utilizza un canale visivo oltre che verbale e uditivo: ciò che si vede attraverso la scena psicodrammatica appare solo attraverso la persona che rappresenta l'assente, ciò permette di rappresentare, mediante dei sostituti, quello che non è più presente, legando e regolando attraverso la scena la presenza e l'assenza.

Tale strumento può lavorare sulla tolleranza alla frustrazione, anche nel senso di trovare significati differenti e non ancora esplorati, tanto che le scene della vita vengono figurate, esplorate di nuovo attraverso le funzioni trasformative del gioco.

Il gruppo di psicodramma, nella versione descritta dai Lemoine, si propone di trovare un mezzo per aiutare il soggetto nel passaggio dalla ripetizione nevrotica alla possibilità di rappresentazione e, quindi, alla capacità di dare un senso alla sua esperienza soggettiva¹¹.

Questi primi aspetti dello psicodramma appaiono utili nel trattamento di persone dipendenti da sostanze, che hanno prevalentemente problemi con la coazione a ripetere, il differimento dell'appagamento del bisogno, il passaggio all'atto e, quindi, anche una difficoltà ad accedere alla capacità simbolica.

Il gruppo di psicodramma analitico aiuta i pazienti a produrre un'attività di alfabetizzazione degli stimoli sensoriali, li aiuta a costruire la funzione alfa che filtra e trasforma gli elementi *protoemotivi* in direzione della produzione dei pensieri¹², quindi lo si può ritenere uno strumento adeguato a rilanciare le condizioni dell'attività di simbolizzazione là dove esse si trovino messe in difficoltà¹³.

Selezione dei partecipanti

I partecipanti al gruppo sono stati selezionati sulla base di una proposta volontaria e in base alle seguenti caratteristiche: età (persone con più di 25 anni, i più giovani hanno un spazio di psicoterapia dedicato ai giovani adulti), ipotesi di permanenza in Istituto (si cerca di inserire persone che potranno essere presenti per tutta la durata del ciclo psicoterapeutico), introiezione della subcultura carceraria (per quei soggetti fortemente influenzati dalle esperienze di detenzione precedenti si è pensato ad un altro gruppo di psicoterapia che non utilizza la tecnica psicodrammatica).

Dall'esperienza di lavoro e per le caratteristiche specifiche dello strumento psicodrammatico, si è ritenuto opportuno inserire nel gruppo le persone che già avevano avuto esperienze di programmi terapeutici, in quanto il lavoro di psicoterapia si scontra fortemente con la mentalità carceraria che impone l'omertà come prima regola.

L'etichetta diagnostica non costituisce di per sé un elemento decisivo nella selezione dei pazienti, infatti la possibilità di accedere a questa esperienza terapeutica è più vincolata al modo in cui il paziente si relaziona con i terapeuti e con l'istituzione in toto e dalla motivazione al percorso di cura intrapreso¹⁴.

Dopo che ai componenti vengono spiegate le modalità di svolgimento degli incontri si fa presente la necessità di intervenire con frequenza regolare, ma questa regola, purtroppo, viene a volte trasgredita nonostante l'attenzione data alla selezione dei partecipanti, non tanto per la mancanza di impegno personale dei pazienti, quanto per i trasferimenti o per provvedimenti di carattere esterno.

L'interesse dei tossicodipendenti rei per la spiegazione della propria personalità non è diverso da quello delle persone che partecipano ai gruppi psicoterapeutici costituiti all'esterno, ovvia-

mente se la partecipazione è spontanea, e tale genuina curiosità che avrà anche motivazioni più profonde, è un efficace motivazione per un percorso terapeutico.

Caratteristiche del gruppo

I gruppi di psicodramma realizzati sono stati pensati a tempo limitato, principalmente seguendo il principio di realtà, in quanto i pazienti rimangono in Istituto fino al giudizio di I grado o fino all'accettazione o rigetto, da parte del Giudice, dell'istanza per gli arresti domiciliari.

L'idea di dare un termine prestabilito, può facilitare la selezione dei partecipanti in base ai tempi giuridici, ma anche diminuire le ansie legate al periodo della custodia cautelare.

Il limite di tempo, che definisce l'inizio e la fine del gruppo, crea un contenitore dove si può progettare ed elaborare l'esperienza di un lavoro che ha inizio, si svolge e termina¹⁵.

Il percorso terapeutico è previsto per 10 incontri, al fine di costruire un gruppo e un contenitore stabile per gli affetti che si svilupperanno e per diminuire l'angoscia legata al non avere una fine: per persone che presentano un sé fragile e poco coeso, dove spesso i confini sono confusi, con una storia di percorsi accidentati nell'area della fusionalità cosa è? tali da non permettere l'evoluzione verso stadi più maturi, il senso di separatezza crea angoscia, c'è un grande bisogno di contatto umano esclusivo ed intimo, ma nel contempo una grande paura di perdersi e venire travolti¹⁶.

Un gruppo così costituito si configura nella logica dell'"episodio di trattamento", concetto alla base di tutto il lavoro terapeutico riabilitativo che viene messo in atto all'interno del trattamento avanzato; in questa prospettiva l'approccio terapeutico di gruppo a tempo limitato costituisce un episodio di un processo di cambiamento che può avvalersi di interventi diversi, anche in tempi diversi, e non è confrontabile con un modello "ideale" di cura che ogni terapeuta ha nella sua mente circa la durata di una psicoterapia.

Piuttosto che pensare alla "cura" (definitivo e completo ciclo di trattamento), il terapeuta che utilizza modelli brevi di terapia di gruppo dovrebbe pensare a cambiamenti e miglioramenti limitati per ogni ciclo di trattamento¹⁷.

Il piccolo gruppo "Raccontiamo un'altra storia" vede, nel contesto in cui è attuato, altri gruppi terapeutico-riabilitativi concomitanti, nonché per ogni paziente la prospettiva di un programma terapeutico da continuare all'esterno dell'Istituto Penitenziario in ottemperanza dell'attuale normativa in materia di stupefacenti e dell'esecuzione penale.

Altra peculiarità del gruppo è l'omogeneità, fattore terapeutico molto evidenziato nelle terapie brevi o a tempo limitato¹⁸, in quanto se i pazienti hanno possibilità di condividere problemi simili o trovano aspetti in comune avranno maggiore facilità a coinvolgersi l'un l'altro, a identificare resistenze e ambivalenze reciproche, con conseguente vantaggio per il lavoro interpersonale in tutte le fasi di sviluppo del gruppo¹⁹.

Per gruppi omogenei si intendono gruppi che hanno nei loro assunti di fondazione l'appartenenza ad uno "stesso" fattore comune, tale da essere determinante per l'esistenza del gruppo stesso.

In particolare, questa condizione è vista come aspetto che velocizza la fase iniziale di coinvolgimento del gruppo, che porta lo stesso a divenire contenitore con funzioni trasformative, passando dal rispecchiamento, all'evocazione per contrasto di tutto ciò che è esterno al gruppo (spesso elementi scissi), alla condivisione degli elementi affettivi.

La condizione di omogeneità può risultare anche difensiva (fusione) nei momenti di crisi del gruppo, in quanto in essa ci si rifugia, e in questo senso torna ancora utile il limite temporale che controbilancia l'eccesso di fusionalità per elaborare la separazione e per stimolare l'individuazione.

I fattori di omogeneità che si possono riscontrare in questo gruppo sono più d'uno: il sesso maschile, la patologia legata alla tossicodipendenza, l'esclusione dalla normale vita di relazione, il progetto di trasferimento, una precedente esperienza di programmi terapeutici e l'attesa del giudizio.

Le sedute del percorso di gruppo: "È stato meglio lasciarci che non esserci mai incontrati" F. De André

Il gruppo è cominciato con 8 partecipanti ed è terminato con 5. Due sono stati trasferiti in altra Casa di Reclusione, uno ha ottenuto la revoca della custodia cautelare in carcere.

Presenterò brevemente i partecipanti che hanno terminato il percorso terapeutico.

Artan è un uomo albanese di 35 anni detenuto per spaccio, alla prima esperienza detentiva.

È in Italia da quando era maggiorenne per cercare un futuro lontano dalle difficoltà del suo Paese e qui ha iniziato l'uso di cocaina e una vita deviante.

È in carico al Ser.D. territoriale da circa 6 anni, momento in cui si era reso conto di avere un rapporto patologico con la cocaina.

Giuseppe è un uomo di 40 anni pluripregiudicato e recidivo per rapina, ultimo di 5 fratelli.

Ha iniziato ad abusare di cocaina dall'età di 13 anni, per questo aveva già svolto un programma in comunità residenziale che gli aveva permesso di rimanere astinente per 3 anni al termine del percorso.

Antonio ha 33 anni, anche lui è pluripregiudicato e recidivo per spaccio di stupefacenti, detenzione di armi e rapina. Ha iniziato già alle medie a portare la pistola a scuola e l'uso di cocaina si è inserito nel suo stile di vita deviante.

Negli ultimi anni è diventato padre e da allora sta cercando di reinserirsi nella società, cercando di interiorizzare i codici di comportamento condivisi socialmente.

Trova molta difficoltà a cambiare il suo stile di vita ed è in carico al Ser.D. del territorio da circa 3 anni.

Marco ha 28 anni ed è nel giro della tossicodipendenza da quando ne ha 15, aveva iniziato a rubare motorini con gli amici. Si fida molto poco delle persone, si definisce un solitario e una testa calda e incolpa solo se stesso per le scelte di vita che ha preso.

È seguito dal Ser.D. da circa 10 anni, dalle prime esperienze nel circuito penale, ma non ha mai voluto intraprendere un percorso comunitario.

Michele ha 45 anni ed è detenuto per rapina, pluripregiudicato. Ha 2 figli in età adolescenziale di cui è molto preoccupato, perché non vogliono proseguire gli studi e crede frequentino "brutte" compagnie.

Non sanno della dipendenza da cocaina del padre e che è in carico al Ser.D. da un anno prima dell'ultimo arresto.

Seconda seduta (musicoterapia)

Un componente del gruppo è stato trasferito ad altra Casa di Reclusione.

Già dalla seconda seduta il gruppo si trova ad affrontare una dimensione di distruzione, in quanto è stato subito attaccato dalla perdita prima di essere costruito.

Si ascoltano le canzoni scelte nella prima seduta per ricostruire il filo tagliato dal lutto che è arrivato in maniera prepotente, anche gli altri componenti non sapevano dove sarebbero stati nella prossima seduta e ciò provocava angoscia.

Per darsi tempi più lunghi chiediamo al gruppo di raccontarsi e ascoltarsi attraverso ciò che avevano scelto: una canzone per l'infanzia, una per l'adolescenza e una per il presente. In questo modo si tenta di fare ripercorrere al gruppo la propria vita attraverso la musica.

Si è anche chiesto ai partecipanti di colorare e disegnare su un foglio bianco, durante l'ascolto, associando alle emozioni percepite un colore.

Da quel prodotto nella seduta successiva si sarebbe scritto un testo.

Si inizia con "Jeeg Robot d'acciaio" e i cartoni animati, per tuffarsi in "Maracaibo" di Lu Colombo (festa, rum e cocaina, gelosia e vendetta) e in "I shot the sheriff" (Ho sparato allo sceriffo) di Eric Clapton e concludere con "November rain" dei Guns N'Roses e "Pensiero" dei Pooh. L'osservazione parte dalle canzoni del presente.

Siamo all'inizio del gruppo e la terapeuta sente il bisogno di proteggerlo, di infondere coraggio e fiducia, rispecchiando la forza e la fragilità percepita, vista anche la perdita subita, per affrontare il percorso che ci aspetta che sarà un viaggio nei ricordi e in emozioni ancora sconosciute.

Un viaggio interamente nuovo per tutti, un'avventura per pazienti e terapeuti.

Si rimanda *la nostalgia degli affetti e il bisogno di sentire vicino le persone amate, senza essere giudicati, perché ci si sente soli e impotenti "sono un uomo strano ma sincero, male non le ho fatto mai, davvero! [...] Questo uomo inutile troppo stanco ormai...". Quanta differenza da quando eravamo bambini, perché pensavamo "di salvare il futuro con i nostri poteri", ci sentivamo supereroi. Dov'è il cuore di quel ragazzo "che senza paura sempre lotterà"? Forse per non sentire, anche la paura, si è perso in "rum e cocaina", ha ascoltato solo la sua rabbia progettando la vendetta... ma da chi si è sentito tradito? Ha voluto fare fuori la legge, per sentirsi ancora invincibile? Tra l'onnipotenza e l'impotenza c'è la dimensione più umana della potenza, che oggi ci chiede di poter stare nella paura del dolore, perché a volte è necessario. È necessario per vedere il potere come la possibilità di cambiare i colori della nostra musica e creare un'altra storia.* Nelle sedute successive si è data la possibilità al gruppo di iniziare ad esprimersi con le proprie parole, creando un testo musicale, per accompagnare il gruppo dalla lallazione alla parola, che si sarebbe usata successivamente.

Si è cercato, quindi, di sviluppare il percorso in modo tale da guidare il gruppo verso un'evoluzione psichica che potesse ripercorre le tappe dello sviluppo e svolgere una *reverie* laddove era stata carente, restituendo in modo più digeribile i vissuti e le emozioni connesse.

Alla fine delle quattro sedute di musicoterapia il gruppo si è detto soddisfatto per avere prodotto un testo con significato in così breve tempo.

Quinta seduta (primo incontro di psicodramma)

Il gruppo era coinvolto nel lavoro psicoterapico che stavamo svolgendo.

Nella quinta aveva narrato della nostalgia dell'infanzia, della spensieratezza, del non avere le responsabilità che si assumono gli adulti, i genitori.

Emerge il bisogno di ascolto e di attenzione.

Si era interrogato sulla severità, sulla protezione data dai "no" e dai compiti.

Si era restituito, a seguito delle associazioni del gruppo, che "i limiti ci fanno arrabbiare, ma la loro assenza ci fa sbagliare".

Qualcuno cerca di dare al gruppo la sua narrazione dell'insorgere degli agiti devianti e Artan, componente albanese protagonista del gioco della seduta, racconta della sua infanzia rubata a 13 anni a causa della guerra, che gli sembrava un gioco, lo faceva sentire grande quando non lo era e gli aveva consegnato un'arma in mano per sopravvivere.

Nella quinta seduta, con l'inizio dello psicodramma, ci si sta rendendo conto che non stiamo propriamente "giocando" in questo percorso, che c'è il rischio di doversi difendere da ciò che non vogliamo vedere o fare vedere agli altri.

La terapeuta percepisce nuovamente la sensazione di dovere stare attenta, ascoltare con concentrazione le loro parole, per poter proteggere il gruppo e non farlo smembrare per la velocità.

Sesta seduta (secondo incontro di psicodramma)

Nella seconda seduta di psicodramma presentiamo la tavola 7 del TEMAS.

Rappresenta due bambini che si indicano a vicenda, in mezzo a loro c'è una lampada rotta e una figura adulta con le braccia sui fianchi.

È stata creata per sollecitare le Relazioni interpersonali, l'Aggressività e il Giudizio morale; il conflitto è legato all'assunzione delle responsabilità versus il proiettarla sugli altri.

Si è deciso di presentare questa tavola perché sollecita temi già emersi nel gruppo, come la paura e il desiderio dei limiti, che a livello *controtrasferale* veniva percepito come la paura e il desiderio della libertà.

I terapeuti credevano che questa tavola avrebbe consentito di fare un passo ulteriore rispetto alla responsabilità, senza però sapere in quale direzione.

Come conduttore/genitore del gruppo la terapeuta sentiva di poter fare questo passo e ne era curiosa, perché non era un "genitore single" e insieme ai colleghi avrebbero potuto contenere l'eventuale aggressività del gruppo, scatenata dalla perdita dell'infanzia per passare alla fase più adulta che toglie dalla spensieratezza, chiede l'evoluzione dal principio di piacere a quello di realtà accettando il quantum di frustrazione ad esso connesso.

La storia narrata dal gruppo vede protagonisti due fratelli che si incolpano a vicenda, perché durante un gioco divertente si è rotta la lampada.

La colpa viene data al fratello maggiore e la madre punisce entrambi.

Tutti i partecipanti si riconoscono nella tavola e comunicano il divertimento e il piacere dell'infanzia, legato anche al fatto che riportava alla loro parte più buona, al fatto che la famiglia era unita, si era tutti insieme.

Giuseppe narra dell'impotenza di sua madre, perché era ammalata, aveva avuto un intervento impegnativo che la portava a parlare come un uomo e le faceva paura, perciò lui stava dai nonni. Riferisce che non faceva danni perché giocava da solo nella sua intimità. Gli piaceva fare il commerciante, sia il venditore che il cliente. Ricorda che gli altri lo prendevano in giro per questo.

Si ricorda come un bambino viziato che il nonno faticava ad accontentare e per questo gli regalava sempre dolci e denaro.

Riporta un'estrema fascinazione per il denaro e il suo valore. Riferisce che ha avuto un'infanzia tranquilla ma che solo dopo ha capito il perché delle mancanze, di ciò che non aveva avuto, non era colpa sua, ma del disagio della famiglia.

Si parla dei genitori, delle vicissitudini familiari e *Michele* riferisce che sente di avere una responsabilità: interrompere la catena che porta al disagio (sostanza-carcere).

Ci si interroga su come fare e *Antonio* comunica che anche se gli errori si fanno "di nascosto", lontano dagli occhi, le azioni permeano nella rete familiare.

Marco riporta che "le scelte dei figli sono loro e basta", *Michele* e *Antonio* insistono sull'importanza del taglio, di una decisione, per non continuare ad uscire e rientrare dal carcere. *Marco*, sempre sulla sua posizione commenta che ai figli si può indicare la strada giusta, ma poi la scelta spetta sempre a loro.

A questo punto i discorsi volgono su come indicare la strada giusta e sul "perché siamo ciò che siamo?": – per troppi vizi e mancanze; – perché si faceva finta di non sapere; – perché non si accettava la realtà; – perché ci siamo sentiti un'etichetta (il figlio di...; drogato...).

La terapeuta decide di chiedere a *Giuseppe* di giocare la scena in cui chiede i soldi al nonno, che gli offre delle monete e lui insiste per avere quelli di carta.

Percepiva l'importanza di fare un pensiero sulla dimensione del valore.

Non sapeva dove l'avrebbe portata quella scelta, ma avvertiva il bisogno del gruppo di trovare le proprie risorse per poter crescere.

Giuseppe chiama *Antonio* per interpretare il nonno, un lavoratore onesto che conosceva il valore dei soldi e la fatica per averli. *Marco* è la moneta e *Artan* la carta.

Nel primo gioco *Giuseppe* riferisce di sentirsi preso in giro quando il nonno gli offre la moneta, perché la carta ha più valore e insiste a chiederla al nonno che, irremovibile, offre la moneta.

Il doppiaggio "voglio quello che manca, che per me ha più valore" portò *Giuseppe* a fermarsi e a pensare abbassando lo sguardo, non disse nulla e guardò la terapeuta.

Lo invitò a mettersi nei panni del nonno.

Come nonno cercava di spiegare a *Giuseppe* che cose differenti potevano avere lo stesso valore, ma vedeva che quel bambino era piccolo e avrebbe avuto bisogno di sua madre... la risorsa desiderata, che faceva paura e che non c'era.

Quando interpretò la carta era felice, riferì di essere ossessionato dalla carta, sentiva di avere un grosso valore e quando fece le monete era insoddisfatto, voleva la carta per mettere insieme tutti quei soldi.

Tornato al suo posto era meno insistente con il nonno e come da copione chiese la carta.

La parte del gruppo che non ha giocato ha associato i momenti in cui chiedevano di più, i momenti in cui avevano rubato o si erano sentiti derubati.

Si discute sul fatto che i soldi girano, quelli dati e quelli ricevuti, quelli accumulati senza misura che poi non valgono più niente.

Ci si chiede "quando si vale di più? se si hanno più cose o se sentiamo che gli altri ci danno valore come persona?"

Nell'osservazione si restituisce *la difficoltà di farsi un'idea delle cose se abbiamo troppo e poi lo perdiamo. Se ci siamo sentiti ricchi di un qualcosa e subito dopo non avevamo più niente. È difficile capire che valore abbiamo noi, se davvero siamo stati visti e riconosciuti o invece ci siamo sentiti truffati. Si può aprire il "salvadanaio" dopo avere compreso il valore delle cose e il nostro valore, anche senza dover cercare colpe o responsabilità, senza doversi chiedere "come sarebbe stato se..."*.

Nona seduta (quinto incontro di psicodramma)

Il gruppo è composto da 5 persone, un componente è stato trasferito in altra Casa di Reclusione dopo la seconda seduta di psi-

codramma e l'ultimo ha ottenuto la revoca della misura cautelare in carcere dopo la terza, continua la dimensione distruttiva del gruppo.

Si presenta la tavola 9B del TEMAS.

Rappresenta un ragazzo con le braccia alzate davanti a un bivio in una foresta, sulla sua destra una strada percorsa da altri ragazzi che lo invitano, sulla sinistra una strada solitaria.

Questa tavola è stata creata per sollecitare le Relazioni interpersonali e l'Ansia/Depressione ed è stata scelta perché era la penultima seduta del gruppo che si interrogava su come indicare la via (eravamo passati da 8 a 5).

Il conflitto è prendere la strada già presa dagli amici o quella più solitaria.

Il gruppo racconta di un ragazzo indeciso perché il bosco è l'ignoto, l'avventura, non sa se seguire gli amici o andare da solo perché rischia di perdersi.

Il gruppo è indeciso sulla strada da percorrere, non sa qual è quella giusta.

Si interroga sulla meta e le emozioni che vogliono provare, "l'adrenalina non è paura" e poi ogni strada ha una sua uscita.

Il gruppo è incerto sulla strada giusta da prendere, rimanda che bisogna riflettere, capire con la propria testa e fermarsi per poterlo fare.

Si racconta un'altra storia: un ragazzo si è perso, chiede aiuto a un gruppo e deve decidere se fidarsi di loro o del suo istinto, se fidarsi di se stesso o accettare il rischio di intraprendere la strada con quel gruppo.

Il bosco è macabro, fa paura, ha un'atmosfera cupa, il ragazzo è perplesso.

I racconti volgono ai luoghi sicuri dove si trova una via d'uscita e alle esperienze precedenti dove ci si sentiva evitati dalla gente "per bene", per cui si sceglieva la strada sbagliata da soli, anche se ci dicevano che era una strada senza uscita, *Marco* commenta che si cercava l'avventura senza avere paura del precipizio.

A tutti era capitato di sentirsi smarriti davanti a una scelta e *Antonio* chiede se è possibile percorrere una strada mai solcata prima.

Artan si identifica e racconta di quando ha scelto di venire da solo in Italia e lo ha detto ai suoi genitori.

Era stufo della vita che stava facendo in Albania, voleva mollare tutto, cambiare strada e dopo aver provato un periodo in Italia, nonostante la cocaina e i primi reati decise di trasferirsi.

Racconta che lo guidava la volontà del cambiamento, ma si chiede che cosa sarebbe successo se avesse ascoltato sua madre, se avesse preso un'altra strada.

La terapeuta chiede di vedere la scena in cui saluta i suoi genitori.

Il gruppo stava volgendo al termine e questa volta, al contrario che nel gioco, ci si poteva sentire autorizzati a salutarsi.

Sceglie *Giuseppe* nei panni della madre e *Michele* in quelli del padre.

Nel cambio di ruolo come madre *Artan* sente di voler proteggere il figlio e controllarlo, gli consiglia di terminare la scuola prima di partire, vuole dargli un'opportunità, la terapeuta chiede "come vedi *Artan*?" risponde che come madre vede il figlio ancora troppo immaturo, disorientato e cerca di indicargli una via.

Tornato nel suo ruolo dice alla madre che in Italia sta bene, che poi sarebbe tornato, cerca di rassicurarla, ma sa di mentire, non vuole mostrare il suo fallimento e difendere la sua autonomia. Nei panni del padre, *Artan*, si chiede come può aiutare, come può trattenere un figlio che sbaglia, si sente in colpa perché non riesce a fermarlo, si sente impotente e rassegnato.

Tornato al suo posto, dopo i cambi di ruolo la terapeuta chiede se è cambiato qualcosa, risponde dicendo "lasciatemi stare,

lasciatemi sbagliare, lasciatemi scegliere, lasciatemi tornare. Se non riesci a tenermi allora lasciami andare”.

Finito il gioco la terapeuta chiede al gruppo come ci si sente, ci si divide tra il bene per essersi divertiti e il male per non avere ascoltato i consigli.

Si riflette sulle emozioni in circolo nel gruppo, dall'ansia alla rabbia, ma anche il senso di protezione, di cura e di impotenza. L'ultima frase detta da Artan era stata un pugno allo stomaco. Era la verità.

Non si poteva tenere ancora il gruppo e bisognava lasciarlo andare, anche se era ancora immaturo, avendo fiducia nel lavoro svolto e nelle risorse scoperte insieme, che avrebbero portato i componenti a tornare in un percorso di cura.

Il gruppo mette dentro il bisogno di protezione fin dal suo inizio, il bisogno di essere difesi anche da se stessi... devo fare la “mamma” che protegge ma che è in grado di lasciare andare, di fidarsi e rispecchiare il valore (l'oro) che ognuno di loro porta. L'osservatore rimanda *ci vuole fiducia per lasciare andare i figli, domare le proprie paure perché non si sa cosa può accadere. C'è una madre apprensiva che sembra non fidarsi e vuole proteggere il figlio, che cerca la sua indipendenza e di riscattarsi, e un padre rassegnato che aveva smesso di lottare e aveva deciso di farsi da parte per dare al figlio le sue responsabilità. Durante la strada della vita possiamo incontrare persone che ci aiutano a percorrere un cammino oppure scegliere di percorrerlo da soli. Oggi abbiamo scelto di seguire il gruppo e cercare una via d'uscita attraverso questa avventura. Quello che ci giuda è la curiosità verso noi stessi e le nostre potenzialità, anche se il passato o le situazioni presenti (carcere, sostanze) ci ostacolano. Siamo qua e ancora non vediamo il cambiamento, percorriamo un tragitto incerti e non vediamo la fine. Una buona bussola potrebbe essere soppesare che cosa avevo prima e che cosa ho adesso, su cosa baso le mie scelte, come sto riflettendo e dove voglio andare. Adesso pensiamo, parliamo, riflettiamo, ma quando saremo usciti? È facile pensare qui, ma quali opportunità possiamo avere fuori? È quello il vero bosco dove possiamo ancora perderci, dove vogliamo un consiglio, un aiuto... ma ogni testa è un piccolo mondo e quel mondo vuole vivere le proprie esperienze sulla propria pelle. E se il gruppo giusto o sbagliato non fosse così netto e quindi facilmente riconoscibile? Oggi si è accettato il rischio di avere il gruppo come bussola per orientarci dentro di noi e vivere un'avventura in un luogo sicuro che ci indica una via d'uscita.*

Considerazioni conclusive: in ognuno di noi c'è l'oro, bisogna solo saperlo estrarre

Il senso di protezione percepito nel controtransfert, era anche legato al bisogno dei terapeuti di non sentirsi soli nella nuova esperienza terapeutica, di sentirsi in contatto con i colleghi per offrire un contenitore in grado di accogliere e comprendere l'*idea nuova-cambiamento catastrofico*, indispensabile per tutte le condizioni di crescita²⁰.

L'angoscia permea l'intera esperienza di separazione, a cominciare dalla nascita, per ripetersi in tutte quelle vicende in cui questa esperienza primaria si ripete.

L'angoscia traumatica²¹ si collega, dunque, a fasi molto precoci dello sviluppo, le quali precedono l'organizzazione del linguaggio.

Essa non può esprimersi con parole, ma può essere veicolata solo *transferalmente* con modalità preverbalmente capaci di attivare intensi affetti *controtransferali*²².

Le esperienze angoscianti percepite dal terapeuta, erano probabilmente in contatto con la fantasia inconscia del gruppo, che collegava lo sviluppo affettivo alle relazioni d'oggetto più primitive che si manifestavano nella relazione paziente-analista sotto forma di affetti transferali e controtransferali²³.

Questo paradigma riconosce il ruolo fondante degli affetti nel materiale clinico e collega, grazie alla memoria affettiva, lo sviluppo del bambino alla capacità della madre di capire e tollerare gli affetti del piccolo che devono essere integrati nel suo Sé²⁴ e alla capacità di *reverie* materna, fonte primaria di elaborazione dell'angoscia.

Il gruppo non si è smembrato per la velocità, ma per le dinamiche del carcere che, come visto in precedenza, possono essere caratterizzate da un moto repentino e improvviso anche se conosciuto, ciò fa presupporre che vi sia stata la capacità di tollerare e alfabetizzare le angosce del gruppo attraverso le diverse tecniche impiegate per giungere a una trasformazione.

Si è cercato di ricreare, dapprima, lo sviluppo psichico del bambino in rapporto alla sonorità, per poi trasformare le impressioni sensoriali e le esperienze emotive in pensiero e sviluppare un “apparato per pensare”.

Prima della nascita il bambino, all'interno del feto, è in rapporto con suoni ed una ritmicità particolare: il battito cardiaco.

Nel momento della nascita, nei primi mesi, si ritrova in un rapporto simbiotico-onnipotente con la madre attraverso suoni, voci, rumori.

Il bambino inizia a percepire una presenza “oggettiva” sonora diversa, ma nello stesso tempo equilibrante o rispondente.

La concretezza del suono sperimentata attraverso il contatto aiuta la madre a “sintonizzarsi”, quello che viene chiamato il *madrese intuitivo*.

Il bambino attua delle produzioni che vengono ripetute dalla mamma o vengono modulate ed arricchite.

Questo è stato il senso dato all'osservazione durante le sedute di musicoterapia, un momento di riconoscimento sia della propria produzione che della produzione altrui.

La sintonizzazione del terapeuta-osservatore può così avere elementi di fusionalità, ma nello stesso tempo agevolare e stimolare elementi di separazione ed individualità, oltre che fungere da *reverie* accogliendo le proiezioni-necessità del gruppo, e trasformarle in sollievo.

Dalla lallazione si è potuti così passare alla parola, al simbolo. La conclusione delle sedute di musicoterapia, rappresentata dalla soddisfazione per essere riusciti a comporre un testo che racchiudeva un significato in poco tempo, ha influenzato il decorso delle sedute di psicodramma.

Il fatto di avere limitato la tecnica del “doppiaggio” durante queste sedute ha più motivazioni: le prime riguardano il timore di non aver capito, di non aver captato o che il potenziale dell'*idea nuova*, del cambiamento, che a volte si introduce con violenza (la guerra che ruba l'infanzia), fosse troppo distruttivo, in quanto anche il terapeuta era in contatto con il desiderio del suo cambiamento professionale e la paura che potesse essere distruttivo invece che evolutivo, e che la resistenza fosse più intensamente dolorosa, aggressiva e tenace, data la struttura di personalità dei pazienti partecipanti al gruppo.

La seconda riguarda l'intenzione di stimolare delicatamente la frustrazione, il gruppo era già stato accarezzato con la musica e “imboccato” con le immagini, il terapeuta ha scelto maggiormente di interrogare su come si percepiva il “doppio” (Come lo vedi?) per non fare/dire sempre al posto dei pazienti, ma per esserci accanto a loro e accompagnarli ad essere più vicini alle parti scisse e proiettate per recuperarle e per, permettere a loro di dirlo, anche se in poco tempo.



Creating **P O S S I B L E**

Di fronte all'impossibile vediamo un nuovo orizzonte da raggiungere.

Da oltre 30 anni creiamo nuove possibilità insieme a ricercatori, medici, associazioni e istituzioni.

Un approccio innovativo alle terapie oncologiche, una nuova via per trattare l'HIV, una cura per l'epatite C, una terapia per COVID-19. Sono le scoperte, prima ritenute impossibili, che hanno reso migliore la vita di milioni di persone.

Con determinazione, coraggio e dedizione abbiamo creato ciò che adesso è possibile.

E lo faremo ancora, a qualunque costo, indipendentemente dalla posta in gioco, indipendentemente da chi dice che non possiamo farlo.

Sfogliamo l'impossibile per renderlo possibile.

La domanda che ci siamo posti è: abbiamo ripetuto l'accelerazione della crescita con una separazione prematura, o abbiamo dato la possibilità di una nuova prospettiva, cercando l'unificazione di una massa di fenomeni/associazioni apparentemente dispersi che ha dato coerenza e significato?

Bion propone di evitare di desiderare, anche il desiderio di capire durante le sedute, in quanto questo mette in luce la capacità di tollerare la sofferenza e la frustrazione associate col "non sapere" e col "non comprendere".

Il *linguaggio dell'effettività* deriva dalla possibilità di tollerare il dubbio, i misteri, le mezze verità. È il linguaggio che l'analista deve conseguire legato alla condizione di non avere né memoria né desiderio quando si è in contatto con il paziente durante quell'esperienza unica e intrasmissibile che è ogni seduta psicoanalitica²⁵.

Note

1. Bertelli G., Barbini D., Moretti B., "La Nave": lettura clinica, psicologica e criminologica del reparto di trattamento avanzato per la cura delle dipendenze patologiche nella Casa Circondariale di San Vittore", in Scoppelliti F., Rizzi R., Giove R. (a cura di), *Dipendenze patologiche in area penale*, Edizioni materia medica, Milano, 2018, p. 295.
2. Fadda M.L., Galliena E., "Riflessioni sulla prevenzione della recidiva delinquenziale nell'ambito dei percorsi di affidamento terapeutico previsti dall'art. 94 DP 309/90", *Mission*, 41, 2014: 301.
3. Bertelli G., Barbini D., Moretti B., "La Nave": lettura clinica, psicologica e criminologica del reparto di trattamento avanzato per la cura delle dipendenze patologiche nella Casa Circondariale di San Vittore", in Scoppelliti F., Rizzi R., Giove R. (a cura di), *Dipendenze patologiche in area penale*, Edizioni materia medica, Milano, 2018.
4. Giulini P., Xella C.M., *Buttare la chiave?*, Cortina, Milano, 2011, p. 77.
5. Pivanti L., "L'ottica dell'Assessment Terapeutico nella valutazione testistica non richiesta", in Giulini P., Xella C.M., *Buttare la chiave?*, Cortina, Milano, 2011, pp. 113-114.
6. Barbini D., Pietrasanta M., Pistuddi A. "La prigionia nella propria individualità: incontro con la solitudine detenuta attraverso lo psicodramma analitico", in *Quaderni di psicoanalisi e di psicodramma analitico*, a. IV, n. 1-2, dicembre 2012.
7. Bonardi G., *Dall'ascolto alla musicoterapia*, Progetti sonori, 2008.
8. Finn S.E., *Nei panni dei nostri clienti, teoria e tecniche dell'Assessment terapeutico*, Giunti O.S., Firenze, 2009, pp. 4-5.
9. Freud S. (1922), "L'Io e l'Es", in *OSF XI*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
10. Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di), *Gruppi omogenei*, Borla, Roma, 2004.
11. Miglietta D., *I sentimenti in scena*, Utet, Torino, 1998.
12. Miglietta D., *Bambini e adolescenti in gruppo*, Borla, Roma, 2007.
13. Kaes R., Missenard A., Nicolle O., Benchimol A.M., Claquin M., Villier J. (1999), *Lo psicodramma psicoanalitico di gruppo*, Borla, Roma, 2001.
14. Barbini D., Pietrasanta M., Pistuddi A., "La prigionia nella propria individualità: incontro con la solitudine detenuta attraverso lo psicodramma analitico", *Quaderni di psicoanalisi e di psicodramma analitico*, 4(1-2), dicembre 2012.
15. Barbini D., Pietrasanta M., Pistuddi A., "La prigionia nella propria individualità: incontro con la solitudine detenuta attraverso lo psicodramma analitico", *Quaderni di psicoanalisi e di psicodramma analitico*, 4(1-2), dicembre 2012.
16. Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di), *Gruppi omogenei*, Borla, Roma, 2004.
17. Budman S.H., Simeone P.G., Reilly R., Demby A., "Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implications", in Fuhrinam A., Burlingame G.M. (Eds.), *Handbook of Group*

Psychotherapy. An empirical end clinical synthesis, Wiley, New York, 1994.

18. Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
19. MacKenzie K.R. (1990), *Psicoterapia breve di gruppo*, Erickson, Trento, 2002.
20. Grinberg L., Tabak de Bianchedi D., Sor E. (1991), *Introduzione al pensiero di Bion*, Cortina, Milano, 1993.
21. Freud S. (1926), "Inibizione, sintomo e angoscia", in *Opere*, Vol. 10, Boringhieri, Torino, 1978.
22. Ammaniti M., Dazzi N. *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Bari, 1990.
23. Brierley (1973), "Affect in theory and practice", *Int. J. Psycho-Anal.*, 18.
24. Winnicott D.W. (1965), "La teoria del rapporto infante-genitore", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
25. Grinberg L., Tabak de Bianchedi D., Sor E. (1991), *Introduzione al pensiero di Bion*, Cortina, Milano, 1993.

Bibliografia

- Ammaniti M., Dazzi N. (1990). *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Bari: Laterza.
- Barbini D., Pietrasanta M., Pistuddi A. (2012). La prigionia nella propria individualità: incontro con la solitudine detenuta attraverso lo psicodramma analitico. *Quaderni di psicoanalisi e di psicodramma analitico*, 4(1-2), dicembre.
- Bion W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bonardi G. (2008). *Dall'ascolto alla musicoterapia. Progetti sonori*.
- Brierley (1973). Affect in theory and practice. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18.
- Budman S.H., Simeone P.G., Reilly R., Demby A. (1994). Progress in short-term and time-limited group psychotherapy: evidence and implications. In: Fuhrinam A., Burlingame G.M. (Eds.), *Handbook of Group Psychotherapy. An empirical end clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004) (a cura di). *Gruppi omogenei*. Roma: Borla.
- Costantini A. (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*. Milano: McGraw-Hill.
- Costantino G., Meucci C., Malgady R.G., Rogler L.H. *TEMAS, 2010-2014*. Firenze: Giunti O.S.
- Finn S.E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti, teoria e tecniche dell'Assessment terapeutico*. Firenze: Giunti O.S., pp. 4-5.
- Freud S. (1922). L'Io e l'Es. In: *OSF XI*. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1926). Inibizione, sintomo e angoscia. In: *Opere*, Vol. 10. Torino: Boringhieri, 1978.
- Fadda M.L., Galliena E. (2014). Riflessioni sulla prevenzione della recidiva delinquenziale nell'ambito dei percorsi di affidamento terapeutico previsti dall'art. 94 DP 309/90. *Mission*, 41.
- Gatti U., Gualco B. (a cura di). *Carcere e territorio*. Milano: Giuffrè.
- Giulini P., Xella C.M. (2011). *Buttare la chiave?* Milano: Cortina.
- Grinberg L., Tabak de Bianchedi D., Sor E. (1991). *Introduzione al pensiero di Bion*. Cortina, 1993.
- Kaes R., Missenard A., Nicolle O., Benchimol A.M., Claquin M., Villier J. (1999). *Lo psicodramma psicoanalitico di gruppo*. Roma: Borla, 2001.
- Lis A. (1998) (a cura di). *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*. Bologna: il Mulino.
- MacKenzie K.R. (1990). *Psicoterapia breve di gruppo*. Trento: Erickson, 2002.
- Magara A. (1997). Ancora sulla pena e la sua esecuzione: le parole e le cose e le pietose bugie. *Questione Giustizia*, 1.
- Miglietta D. (1998). *I sentimenti in scena*. Torino: Utet.
- Miglietta D. (2007). *Bambini e adolescenti in gruppo*. Roma: Borla.
- Sacks O. (2015). *Diario di Oaxaga*. Adelphi edizioni.
- Scoppelliti F., Rizzi R., Giove R. (2018) (a cura di). *Dipendenze patologiche in area penale*. Edizioni materia medica.
- Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.



ALCOVER®

sodio oxibato

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



CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Depositato presso AIFA il 06/05/2019 - MP2019/005



Copyright © FrancoAngeli

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



Alfio Lucchini

**Volevamo l'indipendenza
Quarant'anni di intervento
nei Servizi pubblici
delle Dipendenze italiani**

Editore: Cerco Edizioni, Milano, 2021

L'obiettivo di questo volume è rinnovare interesse dal profondo al proprio lavoro per tanti operatori e presentare ai lettori un mondo di competenze e ricchezze professionali; il mondo dei servizi delle dipendenze e di chi si occupa di patologie da dipendenza.

Un mondo che appare riservato nella pratica quotidiana e in vetrina nelle trappole mediatiche. La voce narrante è la mia, che da quasi quarant'anni vive questa avventura nelle dipendenze e osserva i suoi sviluppi.

Il volume non tiene conto di concetti quali l'essere "politicamente corretti"; il lettore può trovare qualche passaggio che lo smuove internamente accanto ad altri vissuti come inutili o forse inopportuni.

Quarant'anni di intervento con le persone con problemi di abuso e dipendenza e la storia dell'associazionismo scientifico degli operatori in Italia sono le direttrici del volume. Per gli amici di FeDerSerD, la società scientifica a cui ho dedicato e dedico tutt'ora molto del mio tempo, che molte opportunità mi

ha offerto e permesso conoscenze indimenticabili, spero ci possa essere una ragione di lettura in più: una prima analisi della vita e dell'intervento della nostra associazione che ha portato un po' di aria sana in un crogiolo di affermazioni, certezze, proclami, individualismi senza futuro.

L'esperienza di presidente nazionale di FeDerSerD tra il 2005 e il 20013 trova particolare spazio.

Ma l'anelito è guardare avanti, cercare di incuriosire giovani studenti e laureati ad impegnarsi su questi temi accattivanti per contenuti scientifici ed umani.

La pandemia da SARS-CoV-2 aleggia su tutto lo scritto, con considerazioni e analisi che la inattesa catastrofe evoca.

Il tributo alla città di Codogno, tristemente nota per la nascita della pandemia da Covid-19 in Italia, con un ricorso curioso, chiude il volume.

Alfio Lucchini, vive a Bergamo, è medico psichiatra, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta.

Già primario di psichiatria e direttore del Dipartimento gestionale di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana, Città Metropolitana di Milano.

Past president nazionale ed ora componente dell'Ufficio Presidenza di FeDerSerD.

Dal 2000 professore a contratto prima alla facoltà di Medicina della Università di Pavia, in seguito alla facoltà di Sociologia della Università di Milano Bicocca e negli ultimi anni in "Clinica e analisi dei fenomeni di consumo e dipendenza" alla facoltà di Psicologia della Università Cattolica di Milano. Esperto in commissioni ministeriali e regionali per diversi ambiti delle dipendenze. Direttore editoriale della collana "Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso" della Casa Editrice Franco Angeli di Milano, giunta a 90 volumi. Editor in Chief di "Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction", giunto al numero 55.

Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e di 38 volumi editi a stampa.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Guido Faillace (presidente)
- Roberta Balestra (vicepresidente)
- Concettina Varango (segretario esecutivo)
- Giancarlo Ardissonne, Vincenza Ariano, Giulia Audino, Stefano Burattini, Liborio Cammarata, Rosalba Cicalò, Alessandro Coacci (p.president), Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio (p.president), Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Vincenzo Lamartora, Alfio Lucchini (p.president), Antonella Manfredi, Nicola Marrollo, Bettina Meraner, Felice Nava, Giorgio Pannelli, Daniele Pini, Marco Riglietta, Francesco Sanavio, Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta, Elisabetta Villa

Comitato Scientifico Nazionale

- Felice Nava (direttore)
- Marco Riglietta e Giulia Audino (vicedirettori)
- Marianna Balestrieri, Antonella Bianco, Piera Calamia, Edoardo Cozzolino, Vincenzo Caretti, Matteo Giordano, Fernanda Magnelli, Lidia Ribilotta, Giovanni Pistone

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2021 - 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 2021
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2021
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze
- _____ lì ____ / ____ / ____ 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 _____