

FeDerSerD

informa

n. 36

ottobre 2023

XII CONGRESSO NAZIONALE

FeDerSerD ²⁰anni

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

L'INNOVAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE

La cultura della cura

BERGAMO

25-26-27 ottobre 2023

Centro Congressi Giovanni XXIII

20
23

BERGAMO
BRESCIA
Capitale Italiana
della Cultura



indice

I TOPICS del XII Congresso Nazionale FeDerSerD

1	Disturbo da uso di oppiacei – innovazioni farmacologiche fra personalizzazione della cura, riduzione del danno e remissione del disturbo	<i>pag.</i>	3
2	Disturbo da uso di alcol – clinica, farmacoterapia e riabilitazione	<i>pag.</i>	20
3	“Comorbilità” internistico infettivologica	<i>pag.</i>	44
4	“Comorbilità” psichiatrica	<i>pag.</i>	60
5	Cocaina e psicostimolanti	<i>pag.</i>	63
6	Il laboratorio di tossicologia: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico	<i>pag.</i>	68
7	Gioco d'azzardo, IAD e altre dipendenze comportamentali	<i>pag.</i>	71
8	Tabagismo – trattamento, comorbilità e riduzione del danno	<i>pag.</i>	138
9	Approccio proattivo ed Intervento precoce	<i>pag.</i>	148
10	Carcere, programmi alternativi alla pena	<i>pag.</i>	174
12	Una Ricerca applicata al servizio del sistema di governance e di intervento	<i>pag.</i>	176
13	Nuovi modelli organizzativi per una nuova sanità territoriale	<i>pag.</i>	187
14	Nuove prospettive di intervento a distanza e telemedicina	<i>pag.</i>	198

Supplemento a Mission
PERIODICO TRIMESTRALE
DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI
SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Supplemento al N. 61
anno XVII - 2023
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3 - 20144 Milano

Editor in Chief
Alfio Lucchini, Milano

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

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

Proprietà
FeDerSerD
Sede legale Via Giotto 3,
20144 Milano

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l. Milano

Edizione fuori commercio

Area tematica 1 DISTURBO DA USO DI OPIACEI

1 . 1

BUPRENORFINA/NALOXONE FILM SUBLINGUALE, PRIME ESPERIENZE PRESSO IL SERVIZIO DIPENDENZE DI BERGAMO

Bussi Roncalini E.*^[1], Banalotti P.^[1], Carminati G.^[1],
Dossena S.^[1], Donadoni P.^[1], Riglietta M.^[1]

^[1]ASST Papa Giovanni XXXIII - Bergamo - Italy

Sottotitolo: La nuova formulazione ha evitato in carcere la triturazione delle compresse come da indicazioni dell'OMS e minor rischio di diversione. I pazienti hanno riferito maggior benessere; miglioramento degli aspetti relazionali durante la somministrazione e maggiore sicurezza nell'affido grazie alla confezione a prova di bambino nel SERD territoriale

Testo Abstract:

PERCORSO AUTORIZZATIVO del FARMACO

- Autorizzazione AIFA ottobre 2020
- Inserimento in classe rimborsabile A/PHT 23/9/2021
- Fornitura a titolo gratuito da parte dell'azienda farmaceutica 25/05/2021

CARATTERISTICHE DEL FARMACO in Compresse
L'Assorbimento di Buprenorfina e Buprenorfina/naloxone cpr sublinguali richiede fino a 4 minuti per il completo discioglimento delle compresse che risulta essere impegnativo per il paziente e per il personale infermieristico.

La necessità di non deglutire e/o parlare porta inoltre ad una precoce deglutizione con conseguente:

1. Ridotto assorbimento con conseguente ridotto benessere del paziente
2. Per il personale infermieristico un prolungamento del tempo di dispensazione e di supervisione dell'assunzione al fine di ridurre il rischio di diversione.
3. Riduzione del tempo a disposizione per interagire con i pazienti **ARRUOLAMENTO PAZIENTI** al tratta-

mento **BUPRENORFINA /NALOXONE** film

- Primo paziente arruolato SerD Bergamo 18/10/2021
- Primo paziente arruolato SerD Carcere 2/12/2021
- Formulazioni disponibili Buprenorfina/Naloxone film 2mg/0,5 mg ; 4 mg/1 mg; 8mg/2 mg; 12 mg/3mg
- Dose giornaliera massima somministrata : 24 mg Buprenorfina
- Pazienti TOTALI arruolati nel periodo Ottobre 2021- Luglio 2023: 38

Tutti i pazienti sono stati informati delle caratteristiche principali del film sublinguale o buccale:

- rapida dissoluzione in 3 minuti
- migliore assorbimento e quindi maggiore biodisponibilità del farmaco
- sapore più gradevole
- rapida e completa adesione alla mucosa

Tutti hanno firmato il consenso informato al trattamento.

Per garantire una valutazione standard del paziente abbiamo definito un protocollo estremamente semplice:

- i pazienti dovevano avere i requisiti per il trattamento con buprenorfina /naloxone
- dovevano essere d'accordo con il passaggio della terapia da cpr a film
- Nessuna variazione delle politiche di affidamento del farmaco (per il servizio territoriale)

SERD CARCERE

Secondo la Letteratura internazionale la Buprenorfina/Naloxone viene utilizzata solo nel 37% degli Istituti Penali (PRIDE Europe). Lo stesso studio dimostra che nel 26% degli istituti Penali dove viene somministrata Buprenorfina o Buprenorfina /naloxone avviene la triturazione delle cpr anche se sconsigliata dall'OMS La formulazione in film, per le sue caratteristiche peculiari di mucoadesione e rapida dissoluzione, permette di ridurre il rischio di diversione

CASISTICA: pazienti totali trattati nel periodo Dicembre 2021 - Luglio 2023: 15

- N° 12 pazienti hanno accettato di passare da Bup o Bup /Nal cp a Bup/Nal Film con lo stesso dosaggio
- N° 3 pazienti sono stati indotti con 2 o 4 mg BPF/NAL film sl (No buccale per minimizzare effetto Naloxone)

MONITORAGGIO

- 1 paziente ha presentato importante sedazione nelle prime 24 ore con BPF /NLX film 6 mg proveniente da Buprenorfina cpr 6 mg (in soggetto con sospetta diversione con le compresse)
- 1 paziente ha effettuato un passaggio successivo da BPF/Nal film a Metadone per tentativi di diversione

SERD BERGAMO

CASISTICA pazienti totali trattati nel periodo Ottobre 2021- Luglio 2023: 23

- N° 17 pazienti hanno accettato il passaggio da buprenorfina o buprenorfina/naloxone cp a film allo stesso dosaggio
- N° 6 pazienti hanno effettuato induzione buprenorfina/naloxone film.

Il regime di affido del farmaco non è cambiato quando i pazienti sono passati alla formulazione in film.

MONITORAGGIO

- 1 paziente è tornato in seconda giornata alle cpr per evento aspecifico (non segnalato come Evento Avverso)
- 1 paziente ha chiesto dopo alcuni mesi il passaggio alle cp per motivi logistici di continuità terapeutica (viaggio estero)
- Per alcuni pazienti è stato ridotto lievemente il dosaggio per riscontro di lieve sedazione e/o maggiore stabilizzazione clinica per verosimile migliore assorbimento del farmaco.

Quanto osservato nella pratica clinica è dimostrato dai parametri farmacocinetici di somministrazione del farmaco in film rispetto alle compresse.

Si osserva un incremento della percentuale dei livelli plasmatici di buprenorfina e di naloxone quando somministrati in film rispetto alle compresse oltre che del film buccale rispetto al film sublinguale per aumentato assorbimento e quindi maggiore biodisponibilità del farmaco.

Si è inoltre provveduto ad effettuare la customer attraverso un breve questionario rivolto a pazienti e ad operatori.

VALUTAZIONE DEI PAZIENTI

I pazienti si sentono meglio, il sapore è decisamente migliore, l'assunzione più semplice.

I due dati riportati come negativi sono in realtà anch'essi favorevoli. L'apertura della confezione è difficile e questo dimostra l'efficacia della formulazione "a prova di bambino" e gli Eventi Avversi aspecifici non sono stati superiori alle compresse.

VALUTAZIONE DEI MEDICI

Anche da parte dei medici il ritorno è stato complessivamente positivo:

- i pazienti stanno meglio
- è decisamente semplice l'accettazione del paziente alla proposta di cambiare formulazione.
- Non c'è alcuna differenza rispetto alle formulazioni in cpr sublinguali per quanto riguarda l'efficacia

(monitoraggio tossicologico per consumo di oppiacei) e la comparsa di Eventi Avversi.

VALUTAZIONE DEGLI INFERMIERI

Gli infermieri sottolineano altri potenziali benefici:

- L'erogazione del farmaco è più rapida e consente una migliore interazione con il paziente durante la procedura rispetto alla somministrazione delle compresse. Infatti quando le compresse vengono poste sotto la lingua il paziente non è in grado/non vuole parlare.
- Le scatole Bup/Nal film, offrono una riduzione dello spazio necessario per la conservazione Criticità: più complessa l'operazione di verifica delle giacenze.

CONCLUSIONI

Siamo ancora in una fase iniziale tuttavia le osservazioni raccolte dagli operatori e dai pazienti trattati in carcere documentano la possibilità di trattamento agonista con Buprenorfina/Naloxone dei detenuti con gli stessi standard delle cure offerte ai pazienti in libertà evitando la triturazione delle compresse come da indicazioni dell'OMS.

Si ricorda a riguardo che i detenuti rappresentano una considerevole popolazione in quanto corrispondono a circa 1/3 dei pazienti dei SERD territoriali e per alcuni di loro la detenzione risulta essere l'unica occasione per un trattamento agonista.

Si è rilevato inoltre minor rischio di diversione anche se non è escluso.

In alcune realtà europee, dove il film è il Gold Standard da alcuni anni, non sono stati infatti dimostrati vantaggi rispetto ai tentativi di diversione per il carcere.

La percezione dei pazienti è di maggiore benessere per un migliore assorbimento del farmaco.

Si è evidenziato miglioramento degli aspetti relazionali negli ambulatori per le terapie farmacologiche oltre ad una maggiore sicurezza della procedura di affido grazie alla confezione "a prova di bambino".

La nuova formulazione ha modificato pertanto il setting terapeutico a vantaggio dell'alleanza anziché del controllo a cura dell'operatore durante la fase di somministrazione della terapia.

Malgrado i servizi abbiano sostituito quasi completamente Buprenorfina / Naloxone compresse con il film, la maggior parte dei pazienti è in trattamento, soprattutto c/o il SERD territoriale, con Buprenorfina compresse o con Metadone e questo impatta sui numeri complessivi e sugli aspetti organizzativi del Servizio.

TABELLA 1 – Parametri farmacocinetici per Buprenorfina/Naloxone film per via sublinguale o per via buccale, in confronto a Buprenorfina /Naloxone compressa sublinguale (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto Suboxone Film - 01/2023).

Dosaggio	Parametri PK	Aumento di buprenorfina Film sublinguale rispetto a cpr sublinguale	Aumento di buprenorfina Film buccale rispetto a film sublinguale	Aumento di naloxone film sublinguale rispetto a cpr sublinguali	Aumento di naloxone film buccale rispetto a film sublinguale
2 mg /0,5	C max	22%			
2mg/0,5	AUC				
2X2mg/0,5	C max		21%		21%
2X 2 mg /0,5	AUC		16%		24%
8mg /2 mg	C max	28%		41%	
8mg/2mg	AUC	20%		30%	
12mg/3 mg	C max	37%		57%	9%
12mg/ 3 mg	AUC	21%		45%	

TABELLA 2 – Patients Opinion

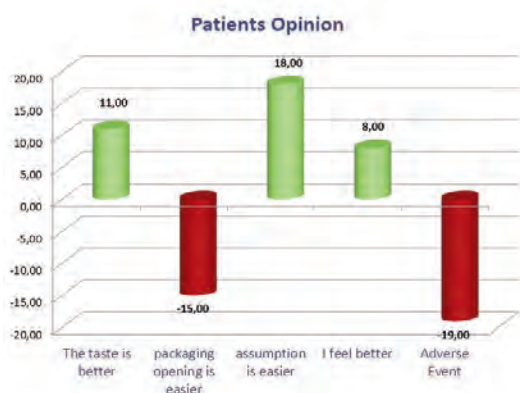


TABELLA 4 – Valutazione degli infermieri

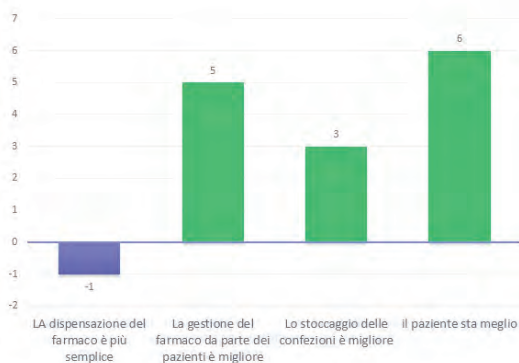
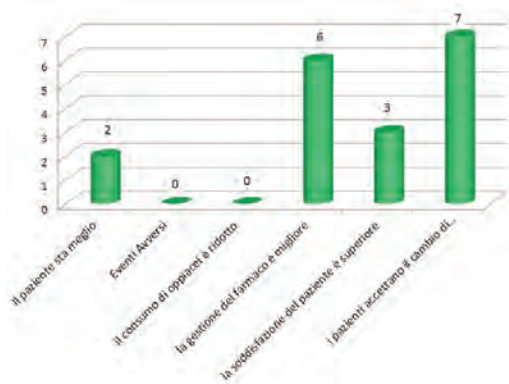


TABELLA 3 – valutazione dei Medici



1.2

LO STRANO CASO DEL POMPELMO: INTERAZIONE CON CYP3A4 (GRAPEFRUIT JUICE EFFECT)

Guerrini F.*^[1], Guerrini M.^[2]

^[1]ASST RHODENSE. UOC DIPENDENZE. SERT CORSICO - CORSICO - Italy, ^[2]Università di Pavia - Pavia - Italy

Sottotitolo: Una revisione bibliografica evidenzia nella struttura chimica del pompelmo la peculiarità responsabile dell'interazione con il metabolismo di vari farmaci per mezzo di un legame con il citocromo CYP3A4. L'interazione riguarda farmaci molto diffusi (Statine, Calcioantagonisti), ma anche alcune Benzodiazepine, Metadone e altri farmaci psicoattivi.

Testo Abstract:

Nello sviluppo premarketing di un farmaco sia la farmacocinetica che la farmacodinamica vengono ambedue studiate quando si tratta di analizzare nuovi farmaci oppure vecchie "molecole" per un loro riposizionamento in nuove applicazioni terapeutiche.

Altrettanto interessante è la produzione di farmaci già noti che vengono dotati di nuove caratteristiche che possano migliorare la maneggevolezza e la sicurezza oppure, come sta avvenendo nei Servizi per le Dipendenze, che siano meno "stigmatizzanti". L'ingresso nei nostri Servizi di nuove formulazioni di farmaci già noti, quali il Levometadone, il Metadone in compresse per via orale, la Buprenorfina/Naloxone a cessione transdermica o in film si riferisce proprio a miglior sicurezza, miglior maneggevolezza, minor "stigma". La pratica clinica quotidiana, poi, confermerà o meno se il livello di effectiveness di un farmaco sia "performante" rispetto al livello di efficacy rilevato nelle fasi premarketing, essendo la prima il vero "banco di prova" per caratterizzare, per esempio, il tema delle A.D.R., la tollerabilità e, non meno rilevante, l'effetto delle interazioni tra diversi medicinali assunti dai pazienti i quali, spesso, assumono poli terapie. Perseguire l'obiettivo di avere terapie farmacologiche economicamente sostenibili, tollerabili ed efficaci nella realtà clinica è, chiaramente, fondamentale. Tra le attenzioni che si possono adottare c'è anche quella della analisi della interazione tra farmaci e tra farmaci e prodotti

alimentari poiché, pur con frequenza variabile, quest'ultima può essere fonte di problemi tali da causare l'interruzione di una terapia altrimenti ben efficace, o, addirittura, provocare l'insorgenza di effetti avversi al farmaco non prevedibili.

Nel percorso metabolico di un farmaco, ben rappresentato dall'acronimo A.D.M.E. (assorbimento, distribuzione, metabolismo, escrezione), l'incontro tra farmaco e molti alimenti può condizionarne l'azione terapeutica. Se in passato si sapeva semplicemente che la presenza di cibo all'interno del lume gastrico poteva alterare l'assorbimento di un farmaco, successivamente si è giunti alla caratterizzazione puntuale di molti casi di interazione. Esempi di questo genere riguardano il colecalciferolo e il complesso levodopa/carbidopa, (correlati rispettivamente alla interazione con cibi ad alto contenuto lipidico e a cibi a contenuto proteico). Vi è, poi, un caso particolare nel quale un solo alimento (e non genericamente una classe alimentare) può complicare, alterare e rendere quasi pericolosa una o più terapie farmacologiche: il succo di pompelmo. Potremmo definirlo "lo strano caso del succo di pompelmo", noto negli Stati Uniti come grapefruit juice effect (effetto da succo di pompelmo) che, per alcuni aspetti, è uno dei più paradigmatici tra quelli relativi alle interazioni tra alimenti e medicinali. L'obiettivo di questa descrizione non è solo quello di esporre nei dettagli ciò che accade in termini metabolici quando il frutto e un farmaco vulnerabile alla sua azione vengono assunti in concomitanza poiché sarebbe una descrizione afinalistica. In realtà lo scopo è anche quello di sollecitare gli operatori a tenere in considerazione questo aspetto nella loro attività professionale e, per esempio, a fare una raccolta anamnestica dedicata quando si accingono all'uso di alcuni farmaci nei Servizi.

La letteratura medica è ricca di pubblicazioni che mettono in evidenza gli aspetti salutari di questo singolare frutto ma è anche ricca di articoli che riportano gli effetti negativi del pompelmo su numerosi farmaci assunti per via orale: Diazepam, Triazolam, Metadone, Clomipramina, Carbamazepina, ma anche su farmaci meno usati nei nostri Servizi e comunemente presenti nelle terapie della popolazione "generale" (statine, alcuni antiistaminici, calcio antagonisti, Amiodarone, senza dimenticare il Saquinavir nella terapia della infezione da HIV).

Dal punto di vista "epidemiologico" la questione non è di poco conto se si considera che negli Stati Uniti, per esempio, il 14% della popolazione assume succo di pompelmo almeno una volta per settimana per cui la frequenza di possibili eventi clinicamente significativi legati alla interazione con i farmaci è molto realistica.

Il frutto, infatti, in particolare il succo, è in grado di inibire nell'enterocita un sottotipo del più noto Citocromo P450, il CYP3A4, disattivandolo tramite un legame chimico altamente energetico, il cui esito è l'incremento della biodisponibilità dei farmaci, in particolare quelli che fanno da substrato nelle reazioni metaboliche di fase 1. Un aumento di biodisponibilità, espresso da una concentrazione ematica superiore di "n" volte a quella in assenza di pompelmo e rappresentata dalla area sotto la curva della concentrazione plasmatica nella unità di tempo (Immagine 1: *Curva AUC., Concentrazione plasmatica rappresentativa nel tempo dopo somministrazione per via orale di una singola dose di un farmaco ipotetico*), peraltro nota in farmacologia come area "AUC"1, può provocare quadri clinici di tossicità da farmaco. Molte ricerche evidenziano che il 60% dei farmaci soggetti a reazioni di ossidazione è metabolizzato, almeno in parte, dal CYP3A4 ed è prevedibile che la lista di questi farmaci debba essere continuamente aggiornata e, per alcuni, precisata (per esempio la Claritromicina in alcune reviews è considerata sensibile alla interazione con il pompelmo, in altre non si evidenziano rischi di tossicità correlati al frutto).

Ragionando anche in termini "speculativi", nel descrivere i meccanismi chimici che stanno alla base del rapporto tra pompelmo e farmaci, si potrebbero ipotizzare (e forse, anche pianificare) alcune futuribili opportunità terapeutiche per rendere questa interazione addirittura utile in alcuni casi, in particolare in tutte quelle situazioni nelle quali si voglia cercare un effetto terapeutico anche a bassi dosaggi di farmaco. È, ad oggi, solo una mera ipotesi, ma un decremento del dosaggio di Metadone o di una benzodiazepina potrebbe giovare, per evitare quadri astinenziali, dell'introduzione controllata e ragionata di un quantitativo definito di succo di pompelmo nel regime alimentare dei pazienti per aumentare la biodisponibilità del farmaco, mantenere l'effetto terapeutico e contenere il quadro astenziale durante la riduzione del dosaggio del farmaco. Sicuramente nell'attualità essa rimane una ipotesi poiché alcuni importanti limiti ne ostacolano la realizzazione (in primis la variabilità individuale di origine genetica che non permette di prevedere una risposta uniforme tra tutti i soggetti). Tuttavia, un ragionamento legato alla cinetica del Citocromo P450 e del suo isoenzima CYP3A4 non è completamente da sottovalutare: in caso di ulteriori nuove scoperte relative all'interazione farmaco-citocromo e al ruolo degli inibitori ed induttori, si potrebbe davvero aprire qualche nuova applicazione per ampliare la efficacia di un farmaco in caso di sopraggiunta tolleranza (es. benzodiazepine) mantenendo il dosaggio invariato oppure,

si ribadisce, in caso di scaling (e, forse, anche nel contenimento degli effetti rebound di alcuni farmaci). Su quest'ultimo aspetto ci si limita ad ipotizzare le possibilità future di questo agrume quale elemento di supporto al buon esito di alcune terapie. Per ora è corretto arrestarsi alla evidenza della interazione, studiarla, poterne prevenire l'insorgenza (con una accurata anamnesi e con una valutazione ex ante del farmaco proposto in termini di biodisponibilità ed indice terapeutico), inoltre saper gestire gli effetti tossici da iperdosaggio plasmatico che dovessero eventualmente presentarsi; infine, scegliere farmaci diversi e per i quali la interazione sia potenzialmente innocua. Alcuni dati condivisi nella bibliografia consultata indicano che la assunzione di soli 250 ml di succo di pompelmo può portare ad inibizione del Citocromo CYP3A4 per 24-72 ore e che soprattutto i farmaci a bassa biodisponibilità sono quelli più coinvolti. Infine serve valutare l'indice terapeutico dei farmaci (espresso dal rapporto DL/DE) poiché un suo basso valore è indice di ulteriore pericolosità già amplificata dall'incremento di biodisponibilità.

CHIMICA E BIOCHIMICA DEL POMPELMO: I POTENZIALI BENEFICI

Agrume originario delle isole Barbados, il pompelmo è un ibrido per incrocio accidentale tra arancia e pomelo, diffuso in Europa dal XVIII° secolo e si differenzia dagli altri agrumi per l'alto contenuto di un glicoside flavonico, la Naringina (poi idrolizzata nell'uomo al triidrossi-flavonone Naringenina² nel lume intestinale, a carico di un processo catalitico a due step nei quali sono coinvolti gli enzimi -L ramnossidasi e -D-glucosidasi) (Immagine 2: *Processo idrolitico da naringina a naringenina, con sede nel lume intestinale*), che ne conferisce un gusto particolarmente amaro percepito con immediatezza, poiché contenuta sia nella polpa che nella buccia del frutto. Ambedue i glicosidi, dopo numerosi studi condotti nell'ultimo decennio², sono considerati fitocostituenti dotati di azioni antiinfiammatorie ed epatoprotettive. In letteratura, sono stati condotti degli studi che metterebbero in evidenza possibili effetti antiossidanti e di potenziale inibizione del virus HCV³, effetti cardioprotettivi, e di qualche supporto negli stili di vita di prevenzione al diabete NID⁴.

Al contrario recentemente, non sono stati messi in evidenza studi che ricolleghino la naringina a possibili effetti collaterali associati a farmacoterapie; fino a qualche anno fa infatti si pensava che fosse proprio la naringina a provocare quello che oggi conosciuto come grapefruit juice effect, ma non si esclude che questo effetto possa essere attribuibile ad altri fitoco-

stituenti presenti nel pompelmo in maggior quantità rispetto che ad altri alimenti.

Ad esempio, il pompelmo è la principale fonte alimentare di furanocumarine nella dieta occidentale).

IL CONTESTO BIOCHIMICO NEL QUALE AGISCE IL POMPELMO. RICHIAMI SUL SISTEMA DEI CITOCROMI

Il Citocromo P450 è ampiamente riconosciuto quale "superfamiglia" di enzimi microsomiali correlata ai primi step metabolici della degradazione di un farmaco. Esso è ampiamente coinvolto nelle reazioni di "fase 1", ovvero processi di ossidazione, riduzione e idrolisi per modifiche dei gruppi funzionali delle molecole dei principi attivi farmaceutici, meno coinvolto nelle reazioni di "fase 2" nelle quali l'obiettivo metabolico è quello di produrre metaboliti polari per facilitare l'escrezione (per cui prevalgono reazioni di coniugazione con acido glucuronico, gruppi solfati, glicina, ecc.). Nelle reazioni di fase 1 l'enzima centrale è la NADPH-CYP450 reduttasi, flavoproteina che trasferisce elettroni al Citocromo P450. Nella "superfamiglia" di enzimi microsomiali si distingue il sottotipo CYP3A4 coinvolto complessivamente nel metabolismo di almeno il 60% dei farmaci assunti per via orale e che subiscono un "primo passaggio" nella fase di assorbimento e distribuzione⁵. Sede di tale passaggio è notoriamente il fegato, preceduto, però, dalla parete intestinale che fa confluire verso l'organo epatico (tramite la circolazione portale) la maggior parte dei farmaci assunti, influenzandone la biodisponibilità prima del passaggio alla circolazione sistemica. Le variazioni di biodisponibilità non sono facilmente prevedibili poichè dipendono da una multifattorialità chimica nella struttura del farmaco medesimo, (per esempio il grado di ionizzazione o meno, oppure la polarizzazione o non polarizzazione). Anche i fattori individuali (età, sesso, tabagismo, stress, malattie legate a malassorbimento, anacloridria, o interventi chirurgici sul tratto gastrointestinale) possono far variare la biodisponibilità di un farmaco. A fronte dei numerosi fattori che possono alterare la biodisponibilità dei farmaci, una sua valutazione, pur non sempre univoca, si può determinare misurando l'area sottesa alla curva della concentrazione plasmatica del farmaco nel tempo, poichè direttamente proporzionale alla quantità di farmaco immodificato che raggiunge la circolazione sistemica. La concentrazione plasmatica di un farmaco aumenta con la entità dell'assorbimento raggiungendo un picco massimo di concentrazione quando la velocità di eliminazione è pari alla velocità di assorbimento. Il tempo di picco plasmatico è l'indice generico più utilizzato per la velocità di assorbimento: più questo è lento, più il tempo di picco sarà tardivo. Nella parete intestinale,

quindi dove si localizza una maggior concentrazione di isoenzima CYP3A4 si può verificare l'alterazione della biodisponibilità di molti medicinali ancor prima di quanto non accada nell'analogo citocromo posto a livello epatico.

IL POMPELMO E IL CITOCROMO CYP3A4

Nel metabolismo del frutto o del suo succo pare siano di fondamentale importanza nella "disattivazione" del Citocromo CYP3A4 le furanocumarine (Immagine 3: *struttura delle principali furanocumarine coinvolte nella disattivazione del citocromo*), metaboliti secondari prodotti da numerosi vegetali come meccanismo di difesa contro insetti e microorganismi patogeni, ma è nel pompelmo che sono ampiamente rappresentate, tanto che nella dieta occidentale il 73% dell'intake di furanocumarine dal cibo proviene proprio dal pompelmo⁶.

Il sito attivo del citocromo CYP3A4 coinvolto nell'interazione tramite legami deboli con le molecole API (Active Pharmaceutical ingredients) ha una forte affinità di legame con la furanocumarina. Sembrerebbe che questa interazione possa essere di tipo covalente (legame irreversibile), o per interazione π -stacking (legame chimico che impiega gli orbitali molecolari π di una struttura aromatica che si "ammassa" su un sito attivo) dell'unità aromatica con i residui amminoacidici di CYP3A4, tale da "ingombrare" stericamente il sito che diventa indisponibile per l'interazione con la molecola API⁷ (Immagine 4: *Possibili meccanismi di disattivazione provocati dalle furanocumarine (c. Diisdrossibergamottina, d. Epossibergamottina, e. Bergamottina)*).

In entrambi i casi, il legame che viene a formarsi è energeticamente significativo tanto da portare ad un'inevitabile disattivazione del citocromo⁸. È proprio questa disattivazione che incrementa la biodisponibilità dei farmaci che non trovano più il sito di legame con il citocromo.

ALCUNI ESEMPI, SCELTE ALTERNATIVE E SUGGERIMENTI OPERATIVI

L'incremento della biodisponibilità, come già accennato, è più evidente in farmaci assunti per via orale, a bassa biodisponibilità e con ridotto indice terapeutico (Tabella 5 - *tabella con alcuni esempi di farmaci che, uniti al pompelmo, possono dare effetti indesiderati*). Per esempio, tra i Calcioantagonisti la Felodipina, a bassa biodisponibilità, triplica il proprio valore in presenza di pompelmo, la Nifedipina e la Amlodipina, più biodisponibili, vengono meno influenzate dal legame tra il frutto ed il Citocromo (incremento < 30%). Tra le Statine la Simvastatina, molto utilizzata in Italia, ha

una biodisponibilità molto bassa (5%) ma in presenza di pompelmo ha un aumento di 15 volte della sua AUC (area sottesa alla curva). L'Atorvastatina è più sicura poiché incrementa la propria biodisponibilità ma non oltre il triplo o il quadruplo. Altri esempi riguardano l'Amiodarone e la Ciclosporina il cui indice terapeutico è ridotto per cui un incremento di biodisponibilità diventa pericoloso e merita la valutazione di farmaci alternativi (per l'Amiodarone) oltre, naturalmente, alla sospensione dell'apporto alimentare di pompelmo. Per quanto riguarda i "nostri" farmaci, per esempio le benzodiazepine, è utile sapere che Diazepam, Triazolam e Midazolam sono i più sensibili alla interazione metabolica indotta dal pompelmo quindi una educazione sanitaria in corso di raccolta anamnestica presso il paziente indirizza verso una scelta razionale di una diversa benzodiazepina. Gli effetti del legame chimico tra pompelmo e citocromo si protraggono anche fino a 72 ore per cui la sospensione dell'apporto dell'agrume deve tenere conto di questo "arco temporale" nel caso in cui si preferisca utilizzare comunque uno dei tre farmaci citati. Per quanto riguarda il Metadone, benché "di base" ben biodisponibile, è consigliabile comunque disincentivare l'apporto del pompelmo da parte dei pazienti poiché alcune pubblicazioni citano la possibilità che la biodisponibilità aumenti in ogni caso e non è da dimenticare che la scheda tecnica del farmaco ne fa riferimento. Diversamente la scheda tecnica del Levometadone non fa, per ora, analogo riferimento (da

tenere presente per eventuali aspetti medico legali).

CONCLUSIONI

L'effetto di un apparente frutto innocuo quale il pompelmo sul metabolismo di molti farmaci, può avere esiti clinicamente rilevanti e può attivare quadri di tossicità da farmaco per incremento di biodisponibilità correlata ad un particolare legame tra le furanocumarine del frutto e il CYP3A4 (Grapefruit Juice effect). Se poi il farmaco ha anche basso indice terapeutico, la probabilità di dover mettere in atto azioni di contrasto al quadro di intossicazione iatrogena diventa significativa. Conoscere in anticipo quali farmaci sono più suscettibili e vulnerabili a questo fenomeno permette, insieme ad una anamnesi dedicata, di evitare o di prevenire l'insorgenza di un quadro di intossicazione da farmaco. L'indicazione di sospendere l'apporto alimentare del frutto è sempre valida e deve tenere conto del tempo necessario per il wash out di 250 ml di succo di pompelmo (24-72 ore). Tutto questo fa parte di un auspicabile approccio alla educazione sanitaria dei pazienti e di una sempre più aggiornata preparazione degli operatori sanitari dei SerD, in attesa che, in futuro, il significato di questa interazione metabolica possa essere completamente capovolta ed utilizzata, invece, quale "strumento" a favore delle strategie terapeutiche (scaling dei farmaci e contenimento della tolleranza).

Immagine 1

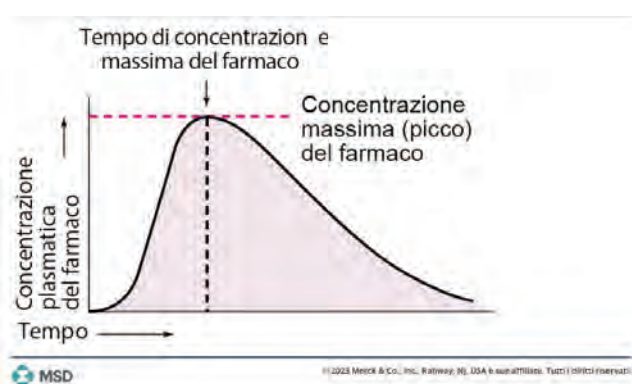


Immagine 2

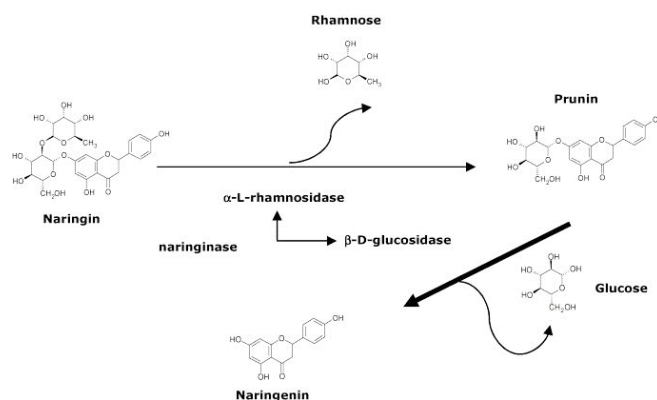


Immagine 3

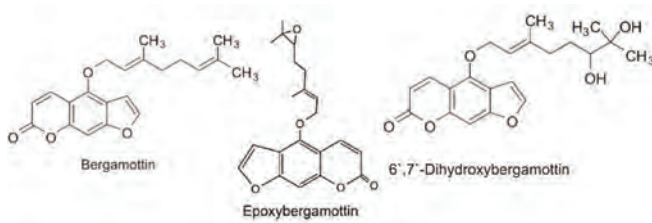


Immagine 4

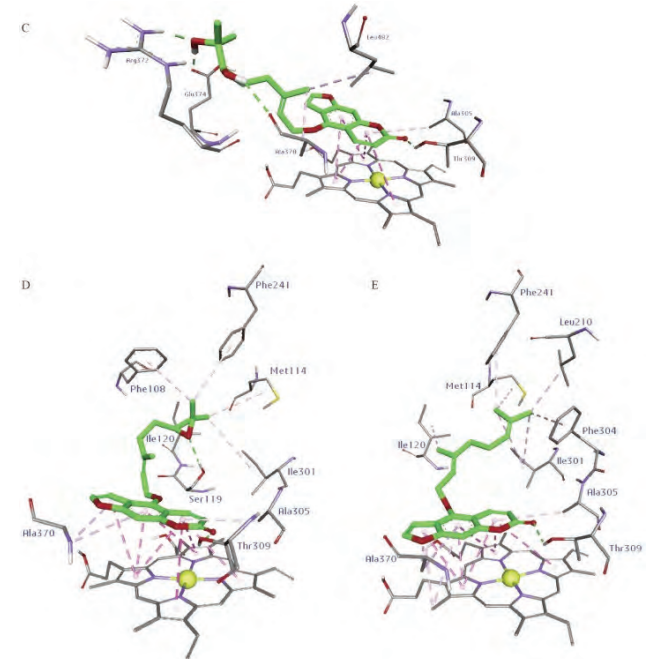


Tabella 5

Classe farmacologica	Farmaco	Eventi avversi riscontrati	Aumento biodisponibilità orale	Azione da intraprendere
Antiaritmici	Amiodarone	Aritmie	Sì	Evitare il succo
Antistaminici	Terfenadina	Nessuno	Sì	Evitare il succo
Ansiolitici	Diazepam	Aumento sedazione	Sì	Evitare il succo
	Triazolam		Sì	
Calcioantagonisti	Amlodipina	Tachicardia, ipotensione	Sì	Evitare il succo
	Felodipina		Sì	
	Nifedipina		Sì	
Statine	Atorvastatina	Miopatia, cefalea, rabdomiolisi	Sì	Evitare il succo
	Simvastatina		Sì	
Ormoni	Ethinilestradiolo	Non noti	Sì	Monitorare gli effetti avversi
	Progesterone		Possibile	
Inibitori di HIV proteasi	Saquinavir	Affaticamento, cefalea, insonnia ed ansia.	Sì	Monitorare gli effetti avversi
Immunosoppressori	Ciclosporina	Disfunzioni epatorenali, aumento immunosoppressione	Sì	Evitare il succo
Psicofarmaci	Carbamazepina	Sonnolenza, atassia, nausea	Sì	Evitare il succo
Altri	Metadone	Depressione respiratoria, ipotensione	Possibile	Monitorare gli effetti avversi

BIBLIOGRAFIA

(1) Biodisponibilità-Del-Farmaco @ Www.Msdmanuals.Com.
 (2) Stabrauskiene, J.; Kopustinskiene, D. M.; Lazauskas, R.; Bernatoniene, J. Naringin and Naringenin: Their Mechanisms of Action and the Potential Anticancer Activities. *Biomedicines* 2022, 10 (7), 1–16. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10071686>.
 (3) Jia, B.; Wang, Y.; Yu, G.; Cheng, Y.; Yang, C.; Cao, F.; He, Y.; Cao, P.; Meng, X.; Yu, D. Naringenin Ameliorates Insulin Resistance by Modulating Endoplasmic Reticulum Stress in Hepatitis C Virus-Infected Liver. 2019, 115 (April), 108848. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2019.108848>.
 (4) Hartogh, D. J. D.; Tsiani, E. Antidiabetic Properties of Naringenin: A Citrus Fruit Polyphenol. *Biomolecules* 2019, 9 (3), 4–9. <https://doi.org/10.3390/biom9030099>.
 (5) Mei, J.; Babby, J. An Overview of Drug Interactions With Grapefruit Juice. *J. Nurse Pract.* 2020, 16 (10), 774–775. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.016>.
 (6) Messer, A.; Raquet, N.; Lohr, C.; Schrenk, D. Major Furocoumarins in Grapefruit Juice II: Phototoxicity, Photogenotoxicity, and Inhibitory Potency vs. Cytochrome P450 3A4 Activity. *Food Chem. Toxicol.* 2012, 50 (3–4), 756–760. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2011.11.023>.
 (7) Guttman, Y.; Yedidia, I.; Nudel, A.; Zhmykhova, Y.; Kerem, Z.; Carmi, N. New Grapefruit Cultivars Exhibit Low Cytochrome P4503A4-Inhibition Activity. *Food Chem. Toxicol.* 2020, 137 (November 2019), 111135. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2020.111135>.
 (8) Liu, Y.; Zhang, S.; Jiang, T.; Tan, R.; Fu, Y.; Yang, X.; Gong, B.; Zou, Y.; Li, W.; Zheng, J. Mechanistic Study of Bergamottin-Induced Inactivation of CYP2C9. *Food Chem. Toxicol.* 2021, 153 (May), 112278. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2021.112278>.

1.3

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI OVERDOSE, DELLA RIDUZIONE DEL DANNO E DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Fabio G.*^[1], Calulli C.^[2], Manzo F.^[1], Desantis P.^[1], Lopez M.^[1], Buzzerio R.S.^[1]

^[1]SerD Bari - Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL BA - Bari - Italy

^[2]Dipartimento di Economia e Finanza - Università degli studi Aldo Moro - Bari - Italy

Sottotitolo: Una indagine esplorativa rivolta agli utenti delle comunità terapeutiche accreditate della provincia di Bari, effettuata nel corso di incontri di sensibilizzazione in occasione dell'International Overdose Awareness Day

Testo Abstract:

Introduzione

La comunità terapeutica è un ambiente protetto, al cui interno l'utente sperimenta l'astensione dall'uso di oppioidi e sviluppa un progetto costruito attraverso il raggiungimento di alcuni obiettivi, tra cui l'empowerment dei fattori protettivi dal rischio di recidiva.

Talvolta, lo scalaggio dei farmaci agonisti o agonisti parziali, sino al divezzamento, viene considerato uno degli obiettivi prioritari, ma il più delle volte la motivazione che spinge a raggiungere questo obiettivo ha più attinenza con l'autostigma e false credenze sulla percezione di sé e dei farmaci [1] piuttosto che con una progettualità orientata al reale miglioramento del funzionamento globale. In occasione della "Giornata Mondiale contro l'overdose" l'equipe del SerD di Bari ha voluto promuovere incontri di sensibilizzazione sul tema, presso le comunità terapeutiche accreditate con la ASL Bari, e rilevare la consapevolezza e la percezione dei rischi in una specifica fase del trattamento, quale è il trattamento residenziale.

Materiali e metodi

È stato somministrato un questionario elaborato appositamente a 119 utenti, costituito da 17 domande a risposta multipla, analizzando le caratteristiche degli utenti e esplorando le aree che evidenziassero, negli

stessi, la conoscenza di:

- rischi correlati allo scorretto utilizzo dei farmaci agonisti (scalaggi rapidi, misuso) [5];
- naloxone e fattori di rischio per overdose;
- concetto di riduzione del danno.

Ci siamo altresì, interrogati sulle correlazioni tra:

- a. lunga storia di dipendenza (precedenti percorsi comunitari) e percezione della ritenzione in trattamento come fattore protettivo (dunque utenti che non intendono lo scalaggio come obiettivo prioritario) [5];
- b. caratteristiche utenti (sostanza utilizzata, condizione giuridica) e percezione della riduzione del danno (una tipizzazione di chi ha risposto che tale servizio sarebbe "utilissimo" e di chi ritiene che la riduzione del danno sia "completamente inutile");
- c. tempi per l'affido prima dell'ingresso in comunità, correlato con misuso [5];
- d. misuso correlato con esperienza diretta o indiretta di overdose [4];
- e. anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio.

Per l'analisi delle correlazioni sono stati utilizzati il test di Fisher e il test del χ^2 di indipendenza.

Risultati

Gli utenti arruolati nel campione di convenienza sono in totale 119, distribuiti tra le comunità terapeutiche convenzionate con l'Asl di Bari. Nella Tabella 1 sono evidenziate le "principali caratteristiche del campione intervistato".

La popolazione a cui è stato sottoposto il questionario è quasi interamente maschile (93,2%). Il 45,4% del campione è rappresentato da utenti nella fascia d'età compresa tra i 41 e i 55 anni. Meno di 1/4 degli intervistati ha fatto uso di eroina addizionata o no con altre sostanze, mentre la maggioranza degli utenti si trova in regime residenziale per diagnosi di Disturbo da uso di Cocaina, associato o no a poliassunzione. Il 40% circa degli utenti attualmente nelle Comunità della provincia di Bari non è in una condizione di libertà bensì come misura alternativa alla detenzione. Nonostante nessuna delle comunità in cui è stato effettuato lo studio sia accreditata per la "doppia diagnosi", il 47% circa degli intervistati assume una terapia psichiatrica (stabilizzatori di umore, benzodiazepine, antipsicotici a basso dosaggio).

Con riferimento agli obiettivi di analisi riguardanti lo studio dell'associazione tra le variabili analizzate, in Figura 1 "associazione tra lunga storia di dipendenza e percezione della ritenzione in trattamento", vengono messe in relazione la storia di dipendenza degli utenti, in termini di precedenti percorsi comunitari, e la percezione della ritenzione in trattamento come fattore

protettivo, ossia l'atteggiamento degli utenti riguardo lo scalaggio TAO (terapia agonista per gli oppiacei) come obiettivo prioritario. In base al test χ^2 di indipendenza (p -value= 0.12), non vi è significatività statistica; dunque indipendentemente dal fatto che si tratti o meno del primo percorso comunitario, la maggior parte del campione propende per lo scalaggio della terapia come obiettivo prioritario prima della dimissione.

In Figura 2 viene riportata l'associazione tra percezione dell'utilità del presidio Riduzione del danno (RDD) rispetto alla condizione giuridica (A) e alla sostanza utilizzata (B). Dal grafico, si evidenzia come la maggioranza degli utenti in condizione di libertà ritiene utilissimi i presidi di RDD.

Rispetto alla sostanza utilizzata, non è possibile confermare la significatività statistica dell'associazione tra le due variabili (p -value= 0.9). Questo porta a considerare che la tipologia di sostanza utilizzata non impatta significativamente sulla percezione della riduzione del danno in questo particolare campione considerato; un parametro invece più rilevante sembra essere la condizione di libertà all'ingresso in comunità; pertanto il fattore "motivazione" al trattamento è quello che verosimilmente rende omogeneo il campione.

L'analisi della "relazione tra il misuse/diversione e i tempi auspicati per l'affido" è riportata in Figura 3, dove si evidenzia una differenza significativa (test esatto di Fisher, p -value=0.03) tra i due gruppi: infatti, in coloro che non hanno mai sperimentato misuse/diversione, si apprezza una maggiore propensione alla frequenza quotidiana del SerD, rispetto all'altro gruppo.

Dallo studio della "relazione tra il misuse/diversione e le precedenti episodi diretti o indiretti di overdose" riportato in Figura 4, si osserva una differenza significativa tra i due gruppi di utenti (p -value= 0.05). Inoltre, nella Figura 5 viene evidenziata la "relazione tra anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio TAO". Seppur non raggiunta la significatività statistica (p -value=0.63), appare evidente in termini descrittivi una differenza tra i due gruppi. Infine, considerando il gruppo di pazienti con Disturbo da uso di Oppioidi (DUO) è emerso che:

- Rispetto alla possibilità di affido del farmaco, il 45% del campione si è espresso, rispetto alla propria storia personale di Dipendenza, come sfavorevole all'affido, dunque chiedendo una somministrazione quotidiana a garanzia della protezione dalla recidiva; tuttavia, nonostante questo, quasi il 78% del campione ha l'obiettivo prioritario di scalare la terapia TAO sino al divezzamento, prima della dimissione dal regime residenziale;

- Il rischio più temuto rispetto allo scalaggio è il craving, mentre una percentuale significativa di utenti ritiene che, scalando la terapia in ambiente protetto non ci sia alcun rischio (35% circa del campione);
- Il 97% del gruppo di utenti che ha utilizzato eroina nella propria storia, non hanno mai portato con sé naloxone. Alla domanda "Il rischio di overdose riguarda solo chi fa uso di eroina endovena?" il 9% del campione risponde affermativamente;

- La maggioranza degli utenti (68%) intervistati ha esperito almeno un episodio di overdose, cui solo in poco più della metà dei casi ha fatto seguito intervento del 118, mentre in buona parte dei casi (31% circa) vi è stato risveglio spontaneo con assistenza tra pari;
- Rispetto alla percezione della utilità di presidi di riduzione del danno e drug-checking si è evidenziato uno scostamento tra due polarità: quasi il 40% degli utenti ha risposto "utilissimo", tuttavia il 20% del campione ha risposto "completamente inutile".

Analisi di alcuni dati e osservazioni

La conoscenza e l'utilizzo del naloxone sono ancora troppo limitati [3], e questo dato è sconcertante, se correlato al numero degli utenti che hanno fatto esperienza di overdose. Lo stesso dato è coerente invece con la percezione della RDD: non sorprende come chiunque abbia ritenuto scarsamente utile la RDD, non ha mai utilizzato naloxone.

Vi è correlazione significativa tra misuse e overdose e tra storia di overdose e consapevolezza della ritenzione in trattamento come fattore protettivo.

Uno degli obiettivi prioritari è lo scalaggio dei trattamenti. Dal nostro punto di vista questo dato suggerisce che lo stigma rispetto ai trattamenti farmacologici da parte degli utenti è ancora forte.

Nessuno ha richiesto affido per lunghi periodi. Questa ambivalenza nella relazione col farmaco, infatti, può essere suggestiva del fatto che la volontà di scalaggio non dipende tanto dal farmaco in sé (ossia da effetti avversi) ma dalla rappresentazione mentale che i pazienti dipendenti hanno del farmaco come "vincolo". In effetti una terapia da assumere ogni giorno per "bisogno" e per evitare l'astinenza, non sposta molto il soggetto che la assume dalla posizione di "dipendenza". La prospettiva di terapie "deposito" può essere una ottima opportunità per modificare la percezione di sé (meno medicalizzata) e favorire la ritenzione in trattamento riducendo così i rischi di divezzamenti impropri [2].

Il dato assoluto rispetto al numero di persone che intende prima della dimissione scalare e interrompere il trattamento farmacologico porta a riflettere circa la stringente necessità di proteggere dal rischio overdo-

se. Il rischio di decessi da overdose è massimo nei primi quindici giorni dopo la dimissione da ambienti protetti, dovuto alla perdita della tolleranza [2]. La protezione dal rischio overdose si ha attraverso una ristrutturazione cognitiva e psicoeducazione che implementi la aderenza ai trattamenti e una ridefinizione dell'obiettivo "farmaco", che punti più alla qualità di vita che non al mero divezzamento.

Gli interventi riabilitativi non devono essere secondari a una condizione "drug free", ma come parte di un processo dinamico di cura che si interseca in varie fasi di motivazione al cambiamento [1], nei diversi setting, e secondo diverse competenze personali di auto-

regolazione dei farmaci, in un progetto individualizzato e partecipato.

Scopo ultimo degli incontri tenuti, è stato il tentativo di portare una integrazione tra sensibilizzazione alla aderenza ai trattamenti, diffondere informazioni corrette e coerenti con la progettualità, ed infine, nel caso di rischio di ricaduta, far conoscere la riduzione del danno e i programmi di distribuzione del naloxone. Questa complessità e flessibilità nelle opportunità di cura è indispensabile per coprire una fascia più ampia possibile di consumatori, promuovere una cultura della cura secondo un "tailoring" terapeutico e con la più ampia accessibilità possibile ai Servizi.

Tabella 1. Principali caratteristiche del campione intervistato.

	N	%
Sesso		
Maschio	111	93.3
Femmina	8	0.7
Età		
≤20	1	0.8
21-30	20	16.8
31-40	37	31.1
41-55	54	45.4
>55	7	5.9
Sostanze		
Alcol	10	8.4
Cocaina	41	34.5
Cocaina + Altro*	34	28.6
Eroina	5	4.2
Eroina + Cocaina	22	1.7
Eroina + Altro*	2	18.5
Altro	5	4.2
Terapia farmacologica		
per dipendenza	12	10.1
psichiatrica	36	30.3
per dipendenza + psichiatrica	20	16.8
no	51	42.9
Posizione giuridica		
Libero	71	59.7
Domiciliari	24	20.2
Altri provvedimenti	23	19.3

*= per "Altro" si intende l'assunzione concomitante di una delle seguenti sostanze: poliassuntore, alcol, cannabinoidi, droghe dissociative, farmaci e oppioidi di sintesi

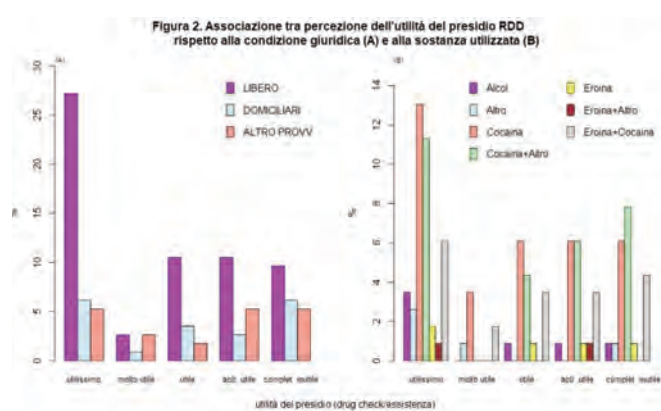
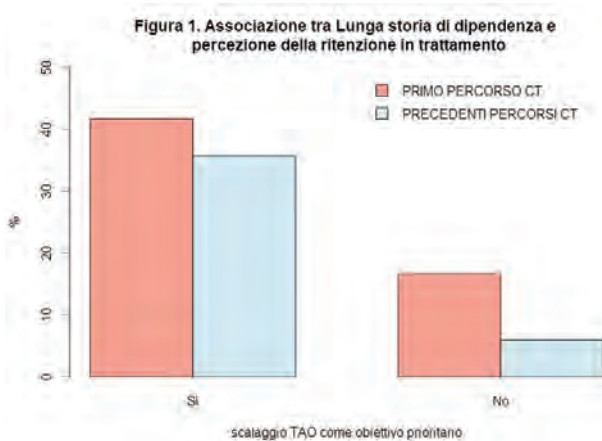


Figura 3. Analisi delle relazione tra misuso/diversione e tempi auspicati per l'affido

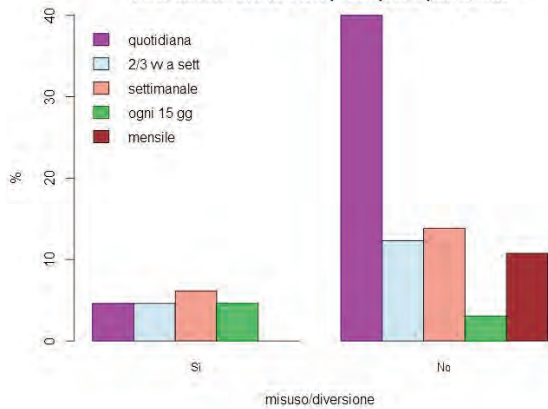


Figura 4. Relazione tra misuso/diversione e precedenti episodi diretti o indiretti di overdose

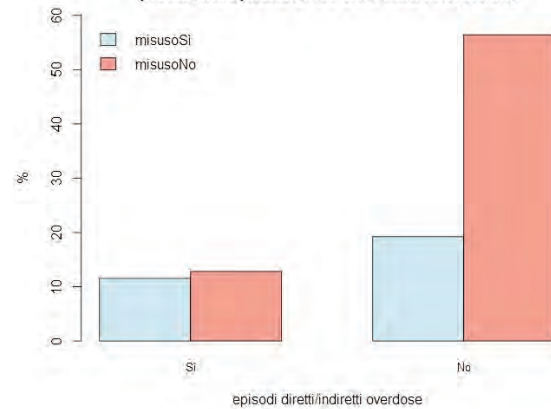
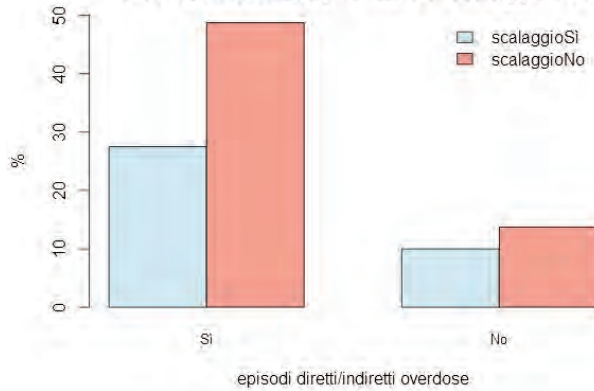


Figura 5. Relazione tra anamnesi positiva per overdose e obiettivo prioritario di scalaggio TAO



Bibliografia

[1]G. Faillace "Il contributo degli operatori dei servizi pubblici delle dipendenze al benessere bio-psico-sociale della persona con disturbo da uso di sostanze e alla riduzione dello stigma", Mission 60, Maggio 2023

[2]Marco Riglietta, Pietro Fausto D'Egidio, Alfio Lucchini, Nicoletta D'Aloisio, Maria Luisa Buzzi, "Le formulazioni long term dei farmaci agonisti nella clinica del disturbo da uso di oppiacei in Italia", Mission 53, Apr 2020

[3]Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio, Riccardo De Facci, Claudio Leonardi, Felice Nava, Luigi Stella, and Icro Maremmani "Improving response capacities in opioid overdose management", Heroin Addict Relat Clin Probl 2019; 21(1): 5-14

[4]G.Mannaioni, F.Lugoboni, "Precauzioni nella gestione della terapia con agonisti oppioidi", Dal Fare al dire, n.2 2023, pp.12-18

[5]A. Amaudo, "Affido del farmaco e overdose", Dal fare al dire, n. speciale 2023, pp.22-24

1.4

L'INTERVENTO DI RIDUZIONE DEL DANNO NELLA CITTÀ DI BERGAMO

Delvecchio M.*^[1], Recanati E.^[1], Chiaf E.^[1]

^[1]Cooperativa di Bessimo - Concesio - Italy

Sottotitolo: L'evoluzione del servizio di Riduzione del Danno nella città di Bergamo, le potenzialità della rete e l'efficacia del servizio nei confronti di un'utenza in forte cambiamento.

Testo Abstract

PREMESSA

Il presente abstract presenta il servizio di Riduzione del Danno attivo da anni in città a Bergamo, e gestito dalla Cooperativa di Bessimo.

Il servizio ha visto diverse evoluzioni e cambiamenti negli ultimi anni, dovuti al contesto normativo, alle esigenze mutate dell'utenza e alla situazione inerente la strutturazione e organizzazione del servizio.

Da anni infatti la RdD a Bergamo veniva gestita tramite la presenza di un'Unità Mobile, e solo nell'ottobre 2020 si vedeva l'apertura di un Drop-in con sede fisica, nei pressi della stazione FS della città. A seguito di rinnovati accordi, la sede del Drop-in è ora collocata all'interno di un immobile del Comune di Bergamo, sempre nei pressi della Stazione FS cittadina.

Nel presente documento viene presentato il servizio, le sue peculiarità, la rete di welfare che si è potuta costruire nel tempo e le risposte che vengono offerte all'utenza grazie a tutti questi elementi.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

"La riduzione del danno comprende interventi, programmi e politiche che mirano a ridurre i danni sanitari, sociali ed economici derivanti dall'uso di droga a individui, comunità e società. Un principio fondamentale della riduzione del danno è lo sviluppo di risposte pragmatiche per affrontare il consumo di droga attraverso una gerarchia di obiettivi di intervento che pongono l'accento primario sulla riduzione dei danni legati alla salute derivanti dal consumo continuato di droga" (EMCDDA).

In tale contesto, opera il servizio di Riduzione del Danno a Bergamo.

Il servizio, prevede una serie di azioni che, oltre a quanto su descritto, mirano a promuovere l'attivazione di processi di inclusione sociale di giovani e adulti a grave rischio di marginalità e disagio sociale.

Il servizio di Bergamo, oltre a quanto previsto dell'Area della Riduzione del Danno, da alcuni anni si è strutturato, su richiesta del principale ente finanziatore (Regione Lombardia, tramite fondi POR-FSE), con uno spettro più ampio di interventi, con azioni dirette a sostenere le fasce deboli della società, al fine di orientarle e accompagnarle in percorsi di rafforzamento personale, favorendone l'inserimento sociale e lavorativo, tramite una risposta ai bisogni primari e prevenendo, laddove necessario, i fattori di rischio derivanti dall'uso o dall'abuso di sostanze legali e/o illegali e da comportamenti devianti.

I beneficiari delle azioni sono giovani e adulti in condizione di svantaggio, a rischio di esclusione o in situazioni di disagio conclamato e vulnerabilità grave, derivante in prevalenza da abuso di alcool e/o sostanze.

Il lavoro degli operatori, nel servizio, si contraddistingue da sempre per la capacità di garantire tre livelli di intervento, ovvero:

- aggancio e/o accesso "spot": accesso alle aree di intervento in maniera sporadica/occasionale;
- presa in carico parziale: accesso ripetuto, al bisogno, per alcune prestazioni in maniera non costante;
- presa in carico per l'accompagnamento in percorsi strutturati: accesso costante alle prestazioni previste e disponibilità ad attivare un percorso di inclusione sociale.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio, avviato negli anni con una preminente presenza di personale educativo e con la collaborazione con il SERD della Città di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII) per le necessità sanitarie, ha mutato la sua composizione d'equipe e può oggi contare su una multidisciplinarietà che consente di affrontare le diverse tematiche di bisogno portate dall'utenza, mantenendo la natura socio-sanitaria dell'intervento.

Il servizio di Riduzione del Danno prevede le figure di:

- Educatori
- Assistente Sociale
- Psicologo
- Medico
- Infermiere
- ASA
- Esperto legale/finanziario
- Mediatore Culturale

Pur essendo prevalente la presenza degli educatori, la presenza delle altre figure consente di affrontare le tematiche emergenti con maggiori e più differenziati strumenti.

Il servizio è strutturato con un'apertura mattutina, 5 gg/settimana. In alcuni periodi, le aperture si riducono a 3 gg/settimana, integrate con la presenza dell'Unità Mobile (camper) nei pressi della Stazione o in altre zone della città. Ovviamente le prestazioni "al completo" sono più erogabili dalla sede fissa.

LA RETE DEL SERVIZIO

Per la Cooperativa di Bessimo resta fondamentale poter realizzare le proprie attività in profondo e stretto legame con chi, nel territorio, si occupa di tematiche complementari o molto vicine ai temi di cui ci si occupa. Indipendentemente dalle regole imposte dai bandi o dai soggetti finanziatori, si ritiene che una buona ed efficace politica di intervento sia realizzabile solo se costruita con i partner pubblici e privati che lavorano sulle medesime tematiche. Per questo, anche il servizio di Drop-in a Bergamo conta su un'importante rete di partnership e collaborazioni, quali:

- Il Comune di Bergamo, non solo con l'Assessorato al welfare, stante il tema della marginalità che si tratta; ma anche l'Assessorato alla sicurezza, mettendo a disposizione il nostro personale in operazioni congiunte con la Polizia locale. La presenza degli operatori nei pressi della Stazione è stata valutata come elemento utile ai fini del detensionamento sociale e, soprattutto, la collaborazione tra i vari soggetti ha consentito di trattare il tema insieme a tutti gli attori che sono presenti nella nostra area di azione, raccordandoci oltre che con i partner, con le reti di quartiere interessate.

- Altri enti del Terzo Settore: Cooperative Sociali, Organizzazioni di volontariato, ecc. con le quali la Cooperativa di Bessimo ha condiviso spazi e soprattutto ha costruito il funzionamento del servizio, in ottica di welfare integrato per la città. L'utenza che frequenta il drop-in la mattina, spesso frequenta altri servizi o arriva da altri servizi (mensa, dormitorio, ecc.) e la comunicazione tra gli enti consente di costruire una filiera di risposte alla marginalità, di evitare ridondanze e di poter migliorare gli esiti e l'impatto degli interventi.

- Il volontariato: da quando il Drop-in ha aperto la sede fissa, sono pervenute nuove e importanti disponibilità di medici, infermieri e altri operatori volontari. Tali professionalità sono preziosissime per garantire in maniera continuativa interventi sanitari che a volte "esulano" dalle esigenze legate alle dipendenze, ma riguardano supporto a persone che hanno vissuto le

migrazioni, la strada, ecc.

- Il raccordo con i Partner avviene in maniera privilegiata attraverso la partecipazione ai Tavoli Istituzionali quali: Tavolo dei Servizi a Bassa Soglia, Tavolo Salute, Tavolo Inclusione e Tavolo Strada.

CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

Bergamo è sempre stata interessata dai flussi migratori in arrivo dal Nord Africa, in questi anni stiamo registrando un aumento di migranti dalla rotta balcanica. Gli utenti del servizio sono prevalentemente maschi, e nel corso degli ultimi anni vi è stata un'importante modifica della composizione dell'utenza, cioè non si tratta più solo di persone con problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti, ma anche portatrici di bisogni e disagi "altri". Si è vista aumentare l'utenza straniera che costituisce il 70% circa degli afferenti al servizio; tra questi alcuni abusano di droghe e/o alcol, altri appartengono in modo diverso alla grave marginalità.

DATI E IMPATTO DEL SERVIZIO

La strutturazione del servizio, come presentata, ha consentito di registrare i dati che seguono.

Dal 20 ottobre 2020 (data di apertura del Drop in) al 31 agosto 2023 le persone incontrate sono state 921, delle quali 764 uomini, 147 donne e 10 persone transessuali.

Tra questi i nuovi contatti, cioè le persone appartenenti al "sommerso", sono state 398.

Quello sanitario si è rivelato sin da subito il bisogno principale; di seguito alcuni dati:

- Noursering	2.517
- Visite mediche	3.016

Le prestazioni più a livello educativo sono state:

- Counselling	19.558
- Materiale informativo	5.984
- Invii	711
- Accompagnamenti	184

Tra gli interventi di Riduzione del Danno troviamo:

- Siringhe rese	89.915
- Siringhe distribuite	116.900
(proporzione siringhe rese/siringhe distribuite 77%)	
- Narcan	285
- Preservativi	18.104
- Kit nose	1.972

In collaborazione con la rete Fast Track City, da settembre 2022, il servizio offre la possibilità di effettuate test rapidi per HIV, epatite C e sifilide, per una dia-

gnosi precoce ed un tempestivo invio alla cura.

Le persone afferenti al servizio oltre ad avere beni di confort, importanti per chi vive in condizione di grave emarginazione, trovano nel servizio un punto di riferimento in rete con gli altri servizi cittadini. In modo veloce si riescono ad inserire persone in dormitorio o in altri servizi di bassa soglia. La salute delle persone viene tutelata sia per quanto riguarda i danni correlati all'uso di sostanze, sia per quanto riguarda malanni di stagione o più legati al vivere la strada.

CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

Si conferma come prevalente l'esigenza di avere risposte ai bisogni sanitari. Un servizio di Riduzione del Danno oggi accoglie utenza molto meno stabile, molto più caratterizzata da provenienze straniere, permanenze brevi e bisogni di ingaggio più legati alla sussistenza e alla cura nel qui ed ora. Si stanno altresì monitorando i consumi di sostanze a livello di popolazione straniera.

Guardando alla filiera dei servizi, la RdD non è più automaticamente il luogo dell'aggancio per confluire poi nella cura e nella riabilitazione, ma soprattutto nelle città capoluogo, è un servizio di bassa soglia che affronta tematiche legate ai bisogni primari, e meno ai bisogni secondari di presa in carico, anche se non mancano gli invii ai servizi di cura.

Rimane fondamentale mettere in dialogo prospettive, saperi e mondi diversi, consentendo di creare connessioni tra una riflessione scientifica e politica e le nostre pratiche educative. Oltre a rispondere ai bisogni di questa popolazione, siamo perennemente alla ricerca di un luogo per interrogarsi criticamente sul fenomeno delle sostanze in continua mutazione e il Drop-in ne è il contenitore.

Immagine 1: Prestazioni sanitarie, nel triennio 2020-2023. Valore assoluto e percentuale.

PRESTAZIONI SANITARIE, NEL TRIENNO 20-23 TOT. 5.533

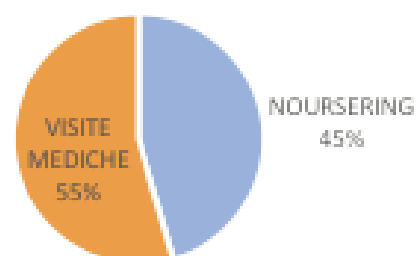


Immagine 2: Prestazioni educative, nel triennio 2020-2023. Valore assoluto e percentuale.

PRESTAZIONI EDUCATIVE, NEL TRIENNO 20-23 TOT. 26.437

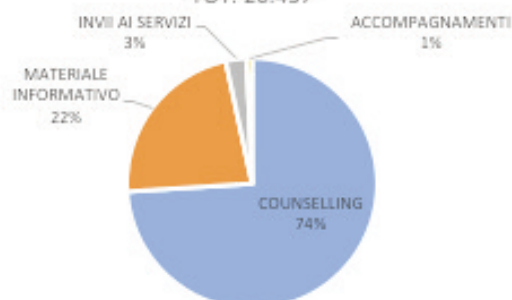
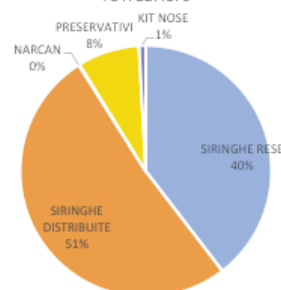


Immagine 3: Prestazioni di Riduzione del Danno, nel triennio 2020-2023. Valore assoluto e percentuale.

PRESTAZIONI DI RDD, NEL TRIENNO 20-23 TOT. 227.176



1.5

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON IL LEVOMETADONE. ESPERIENZA DEL SERT DI ORZINUOVI

Tyropani M.*^[1], Verzura C.^[2], Casili L.^[2], Falconi U.^[2], Materzanini A.^[3]

^[1]ASST-Franciacorta-D.S.M.D-SERT - Orzinuovi - Italy

^[2]ASST-Franciacorta-D.S.M.D-SERT - Rovato - Italy

^[3]ASST-Franciacorta-DSMD - Iseo - Italy

Sottotitolo: È uno studio osservazionale prospettico.

Testo Abstract

L'efficacia del Metadone cloridrato nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi è già ben documentato in letteratura a partire dagli anni 1970. Il metadone è un oppioide di sintesi ed è un agonista dei recettori mu, kappa, sigma e delta. Il levometadone è la forma levogira e farmacologicamente attiva del metadone. Dal 2015 il levometadone è stato autorizzato in Italia come terapia sostitutiva.

I farmaci utilizzati per la terapia di mantenimento nel Disturbo da uso di oppioidi nei SERT di Franciacorta (Rovato- Orzinuovi) sono il metadone, il levometadone, la buprenorfina/naloxone.

Ad ottobre 2021 prima al SerT di Rovato e nel gennaio del 2022 nel SerT di Orzinuovi è stata introdotta la terapia sostitutiva con Levometadone.

È stata una scelta condivisa tra i colleghi esperti nelle tossicodipendenze, il direttore del D.S.M.D e la farmacia Ospedaliera in base agli studi riportati in letteratura.

Diversi studi effettuati in Italia (in 10 centri Italiani) hanno evidenziato che la terapia a lungo termine con levometadone, somministrata a pazienti con dipendenza da oppiacei, risulta efficace nel trattamento del Disturbo da uso di oppioidi.

In particolare le esperienze cliniche con levometadone evidenziano elevata ritenzione in trattamento, riduzione significativa del craving, riduzione dell'uso di oppioidi, riduzione degli effetti collaterali, minori interazioni farmacologiche rispetto al farmaco racemo e cambiamento significativo dello stato psichico mediante valutazione del punteggio Addiction Severity Index.

Studio

Il SerT di Orzinuovi ha attualmente in carico 142 pazienti in terapia sostitutiva per il trattamento della dipendenza da oppiacei. Si è deciso di effettuare uno switch di 99 pazienti in terapia con metadone in levometadone. Gli altri utenti con metadone non hanno effettuato lo switch o perché il dosaggio del metadone è minimo (5 mg o 10 mg), oppure perché avevano intenzione di ridurre per poi sospendere la terapia sostitutiva. Due pazienti hanno interrotto il percorso. Il campione di pazienti è formato da 90 maschi e 9 femmine. È stata presa in considerazione l'età del primo uso di eroina o oppio, l'etnia del paziente, se lo stesso è poliabusatore o meno, il dosaggio del metadone prima dello switch, le terapie e le patologie concomitanti. In questo studio sono stati inclusi 29 pazienti di etnia asiatica (Indiani) e 70 di etnia caucasica (Italiani).

È stata prevista l'osservazione al baseline, che coincideva con la data dello switch (T0), a tre mesi dallo switch (T1), a sei mesi dallo switch (T2), con conclusione dell'osservazione a 12 mesi (T3).

Obiettivi dello studio

L'obiettivo del presente studio è quello di individuare se per il controllo della sintomatologia astinenziale, dopo lo switch da metadone racemo a dose equivalente di levometadone, siano o meno individuabili sottocategorie di pazienti in cui vi sia una maggiore necessità di un aumento di dosaggio medio di levometadone. Tale caratterizzazione sarebbe utile al fine di guidare e sostenere le scelte cliniche.

Analisi Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita mediante software Stata [stata]. In particolare, l'analisi dei dati ha previsto l'applicazione di metodologie di statistica inferenziale. Le metodologie di statistica inferenziale, attraverso l'utilizzo di tecniche di analisi multivariata (regressione logistica multipla), sono state applicate al fine di identificare le variabili esplicative associate all'outcome di interesse: aumento del dosaggio (0=no 1=sì) (modello 1).

Le seguenti variabili indipendenti sono state incluse nel modello: sesso del paziente (0=femmina, 1=maschio), etnia (0=india, 1=altre), durata media della dipendenza (in anni), sostanza d'abuso (0= 1 sola sostanza, 1=>1 sostanza), dosaggio terapia (dosaggio medio in mg), presenza di terapia concomitante (0=NO, 1=SI), presenza di patologie concomitanti. (0=No, 1=Si).

La strategia di costruzione del modello ha previsto le seguenti fasi: 1) analisi univariata di ciascuna variabi-

le considerata, attraverso il test statistico più appropriato (chi quadrato, test esatto di Fisher, t-test); 2) inclusione di qualsiasi variabile in cui l'analisi univariata mostrava un valore di p inferiore a 0.25. I risultati sono stati riportati come Odds Ratio (OR) e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC 95%). Il livello di significatività per le variabili che entrano nel modello di regressione logistica è stato fissato a 0,2 e per la rimozione dal modello a 0,4. Tutti i valori di p riportati erano a due code e il livello di significatività statistica è stato fissato per valori di $p \leq 0,05$.

Per i pazienti per i quali è stato necessario, l'aumento medio percentuale del dosaggio di levometadone da T0 (momento dello switch) a tre mesi (tempo T1), è stato pari al 40%. L'analisi multivariata ha evidenziato come l'aumento del dosaggio sia stato effettuato maggiormente per pazienti di sesso maschile (OR 1.31, 95% CI 1.01-1.72), di etnia Indiana rispetto a tutte le altre (OR 0.52, 95% CI 0.43-0.68), con una maggiore durata della dipendenza in anni (OR 1.20, 95% CI 1.04-1.39), consumatori di più di una sostanza d'abuso (OR 1.85, 95% CI 1.75-1.96).

Conclusioni

Nel presente studio si è evidenziato come, dopo switch a levometadone, nel 40% dei pazienti sia stata necessaria una titolazione di levometadone rispetto alla dose equivalente di metadone cloridrato. Nel campione in esame, nello specifico, si è riscontrato come, al fine dell'efficace controllo della sintomatologia astinenziale, si sia reso necessario un aumento di dosaggio di Levometadone maggiore nei pazienti asiatici (rispetto ai pazienti caucasici), nei pazienti di sesso maschile (rispetto al sesso femminile), nei pazienti poliassuntori (rispetto agli utilizzatori di soli oppiacei), e nei pazienti con maggior durata della tossicodipendenza. Il nostro studio attualmente è ancora in corso, avendo raggiunto la maggior parte dei pazienti il tempo T1 di osservazione, con una minoranza di pazienti che, al momento dell'analisi statistica, avevano superato il periodo T2 di osservazione di 6 mesi. Ancora nessun paziente aveva completato il periodo previsto di osservazione complessiva di 12 mesi.

Bibliografia

- Jihoon Lim, Imen Farhat, Antonios Douros, Dimitra Panagiotoglou. Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 17(3): e0266142, March 31, 2022.
- Mattick R.P., Breen C, Kimber J., Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Review) – *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD002207
- Soyka M., Zingg C. Feasibility and safety of transfer from racemic methadone to [®]methadone in primary care: clinical results from an open study. *World J Biol Psychiatry* 2009 10 (3) :217-24.
- Riglietta M., Donadoni P., Carbone G., et al. Esperienza clinica con Levometadone nel trattamento da uso di oppiacei. *Mission n 52 Anno XIV Settembre 2019*.
- Consoli A. Effectiveness, tolerability and safety of a long term therapy with levomethadone in clinical practice: A retrospective observational study. *Heroin addict relat Clin.Probl. Published ahead of Print September 17, 2020*.
- Meini M., Moncini M., Daini L., et al., Relationship between plasma concentrations of l-enantiomer of methadone and response to methadone maintenance treatment. *Eur.J.Pharmacol.* 2015 Aug5; 760:1-6

Area tematica 2 DISTURBO DA USO DI ALCOL

2.1

DAL “NODO DI GORDIO” DELLO STIGMA E DELL’ESCLUSIONE, ALL’INTERVENTO DI “PROSSIMITÀ” NEI PERCORSI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI PER IL PAZIENTE ALCOLISTA

Sabbione A.L.*^[1], Delsedime I.^[1], Villa Vercella R.^[1],
Ferrando D.^[1]

^[1]Associazione Mastropietro & C - CUORGNÈ - Italy

Sottotitolo: Il progetto di intervento domiciliare “A casa tua”, esperienze e strumenti per un intervento di prossimità orientato all’autonomia.

Testo Abstract

Quando nella storia di dipendenza si giunge al nodo di Gordio della sofferenza, dell’esclusione e dello stigma sociale, intreccio strettissimo di fragilità psicologica e fisica, di storie familiari difficili, errori e fatalità, vissuti di fallimento ed esclusione, rinunciato al taglio di spada di Alessandro - come si immaginava quando la prospettiva era tutta ideologica e pregiudiziale -, compreso che le disintossicazioni fulminee, le comunità salvifiche, i percorsi interpretativi brillanti e le terapie paradossali lampo non davano che rapide quanto illusorie “soluzioni”, e quando si è però deciso di non cedere alle definizioni della problematica che diventavano alibi per una rassegnata indifferenza, come se la corretta accezione di “patologia cronica e recidivante” diventasse condanna ineluttabile della persona ad un destino, la decisione di accettare la sfida di sciogliere questo nodo di Gordio, significa accingersi a tentare di dipanarlo con paziente impegno e lungo lavoro con le mani (E.Junger-C.Schmitt “IL NODO DI GORDIO” 2023 Piccola Biblioteca Adelphi 787).

In questa cornice, il Progetto domiciliare “A casa tua” raccoglie la sfida, individua come proprio target

quei pazienti che per complessità personale e spesso ambientale faticano a mantenere l’aggancio, rischiano il drop out proprio nella condizione di fragilità massima e nelle fasi più specificamente critiche del percorso, necessitano di recuperare compliance al trattamento sanitario, o escono dalla comunità terapeutica con un rientro nel contesto tutto da costruire o ricostruire e rimangono ai margini ed indietro lungo il loro difficoltoso itinerario verso l’autonomia.

Il Progetto di domiciliarità nasce da interventi di base in primo luogo gli accompagnamenti: accompagnamenti ai colloqui e alle visite, accompagnamenti per ritirare i farmaci o per sbrogliare i compiti basilari per l’autonomia, la casa, la spesa. Interventi semplici che nel loro realizzarsi diventano “accompagnamento”, presenza dell’Operatore che in un tempo definito, con competenza e atteggiamenti professionali e adeguati, orienta e affianca la persona nel raggiungere i propri obiettivi terapeutici, di cura, di autonomia.

Si tratta di un programma graduale e progressivo, complementare a quello ambulatoriale, capace di “mettere mano” a nodi profondi, ma anche di allargare la rete sociale di riferimento del soggetto, sviluppare la capacità di gestire la casa e la quotidianità, creare e finalizzare l’aggancio con i servizi sociali ed educativi del territorio e con le strutture sanitarie implicate nelle problematiche di salute, proporre stimolanti esperienze di socializzazione collettiva, gradevoli ed efficaci.

La presa in carico

Il Progetto di Intervento Domiciliare “A casa tua”, nato all’interno del Dipartimento per le Dipendenze dell’Asl To4 dal 2011, prende origine dall’esigenza condivisa sia dal Dipartimento che dal privato sociale, di offrire un supporto diverso, complementare a quello offerto dagli Ambulatori (SerD e Alcologia), con l’obiettivo di affiancare alcuni pazienti alcolodipendenti, in situazione di particolare fragilità, rispetto ad specifici obiettivi individualizzati quali:

- mantenimento dell’autonomia abitativa, o recupero di essa, attraverso attività mirate a sperimentare condizioni di autonomia concreta;
- supporto e consolidamento della cura, della costanza dei controlli sanitari e compliance ai trattamenti, in particolare rispetto a problematiche di dipendenza e correlata sofferenza psichica;
- contrasto dell’isolamento e dello stigma, attraverso l’ampliamento della rete di riferimento e il rinforzo delle competenze individuali nelle relazioni con il contesto allargato.

Le attività sono dirette a persone in condizione di pregressa o attuale dipendenza dall’alcol, che presentano

un quadro di significativa e costante povertà di risorse economiche, sociali e di rete familiare e informale, spesso in carico ai Servizi da tempo ma con discontinuità, e per i quali si identifica la necessità di un supporto mirato alla tutela dell'autonomia abitativa, e alla costanza nelle cure, anche in relazione alla presenza di patologie correlate alla dipendenza da alcool (quali Epatite, Polineuropatie, patologie di tipo psichiatrico).

Nell'ambito del Progetto "A casa tua" si realizza la presa in carico individualizzata e di gruppo dei pazienti segnalati ed inseriti da parte degli operatori (Immagine: Descrizione Campione), con l'obiettivo di sostenerne l'autonomia e la costanza nella cura, attraverso:

- monitoraggio delle condizioni di salute, in sinergia con i Servizi invianti, pianificazione delle visite e dei controlli, supporto concreto nella gestione della terapia farmacologica;
- affiancamento concreto e psicoeducazionale volto alla comprensione del valore della costanza nelle cure, all'aumento della compliance ai trattamenti, in particolare nelle fasi critiche, dove si configura il rischio di abbandono e drop out;
- Ampliamento delle esperienze di benessere complessivo, anche in relazione allo sviluppo di maggiore consapevolezza e efficacia rispetto al mantenimento di uno stile di vita compatibile con autoaffermazione e buona autonomia.

I percorsi offerti sono personalizzati e individualizzati, pur mantenendo un raccordo con frequenti attività in piccolo gruppo, prevedono un tempo di realizzazione concordato con il Servizio inviante, e il costante confronto e monitoraggio congiunto con gli operatori ambulatoriali di riferimento e con gli altri Servizi socio sanitari cui la persona sia in carico.

La presa in carico si presenta complessa: si tratta di persone solitamente difficili da agganciare, che non hanno almeno inizialmente una richiesta di aiuto propria e che quando sviluppano una domanda di cambiamento devono essere sostenute e accompagnate anche concretamente nel percorso di cura e riabilitazione, poiché difficilmente hanno la possibilità di frequentare autonomamente i Servizi o di seguire i programmi terapeutici con sufficiente regolarità. A causa di tale discontinuità e del quadro psicopatologico vanno spesso incontro a momenti di intensa difficoltà, che richiedono un'attenta e impegnativa gestione, in integrazione fra i diversi attori coinvolti. Le caratteristiche già descritte si vanno spesso a sommare alle difficoltà sul versante della motivazione, che rendono il percorso

di trattamento spesso statico e caratterizzato da ricadute e cronicità, nonché ad ulteriori criticità concrete ed oggettive quali l'appartenenza a nuclei familiari multiproblematici e/o ridotti e dispersi, la residenza in località piccole ed isolate, in cui mancano mezzi di trasporto pubblici, in domicilio in condizioni abitativa estremamente precarie ed instabili.

Lotta allo stigma

Quando in questo quadro di fragilità la presa in carico si configura come fragile e discontinua, più facilmente si strutturano meccanismi di espulsione e degrado sociale, che possono portare alla perdita delle autonomie di base e all'esclusione dalle reti naturali di relazione e di aiuto, condizioni che aggravano la situazione complessiva di queste persone. Spesso la condizione sanitaria è compromessa e multi-problematica (polidipendenza, disagio psichico, presenza di patologie alcool correlate e di altra natura) ed andando ad intrecciare ad una condizione di vulnerabilità sociale (esclusione lavorativa, economica, istituzionale, relazionale, culturale) tende a cronicizzare nell'assenza di una concreta progettualità. La problematica sociale e psicopatologica, se non adeguatamente trattata, interferisce pesantemente con l'andamento clinico, e impedisce ai trattamenti proposti di raggiungere risultati soddisfacenti. Si sottolinea inoltre come la condizione di grave marginalità di questi soggetti può costituire inoltre un elevato costo sociale in termini di: costi sanitari individuali e collettivi, mancati guadagni per il mancato inserimento lavorativo, costi assistenziali, elevati costi familiari diretti e indiretti.

Il contesto

Il progetto, inserendosi nell'ambito degli interventi di prossimità, si attua nei contesti di vita della persona, in primo luogo la casa che diventa il primo ambito di incontro. Dove questo non è possibile, gli interventi si realizzano comunque nella quotidianità della persona, nei luoghi ove essa deve recarsi, negli ambulatori invianti, a partire dalle esigenze di vita del paziente. In questo senso la prossimità alla persona, l'approccio, la conoscenza e in alcuni casi la condivisione dei suoi luoghi di vita, diventa il punto di partenza del lavoro clinico solo così possibile. La costruzione dell'intervento, che comincia dal "prendere in mano" aspetti pratici e concreti, consente di costruire gradatamente una relazione di fiducia e riattivare nel paziente inserito una posizione più partecipe rispetto alle problematiche che affronta, nelle quali si collocano anche le difficoltà connesse alla dipendenza. Attraverso la ricostruzione di una propria efficacia ed autostima, che nasce proprio da piccole ma concrete esperienze di

“fronteggiamento condiviso” delle difficoltà, le attività del progetto mirano a potenziare nel paziente la capacità e la consapevolezza della possibilità di ricollocarsi nella società, ritrovando un proprio posto, superando vissuti ed esperienze di esclusione e riappropriandosi di una propria posizione perduta. La partenza dagli aspetti più pratici, lo svilupparsi di una relazione fiduciaria significativa sono elementi concreti che consentono di avviare un percorso di lotta allo stigma e di uscita dall’invisibilità che spesso connota l’esperienza di vita di queste persone. Attraverso la sperimentazione di un rapporto diverso con il proprio contesto di vita, dove la persona non è solo più “richiedente estemporaneo” di aiuto o assistenza, ma soggetto attivo, partecipa, che esercita dei propri diritti e si riappropria anche di alcuni “doveri”, si inizia a realizzare un modo diverso di collocarsi, in senso più ampio, nel proprio contesto di vita.

Il Setting e la relazione terapeutica

L’utilizzo di setting diversi ed extra-ambulatoriali implica una posizione professionale ben definita ma flessibile, con ampie valenze innovative e personalizzate. L’accompagnamento attento si struttura anche nell’ottica di monitoraggio della situazione complessiva in funzione preventiva o di intervento precoce, a fronte dei rischi, segnali ed episodi conclamati di ricaduta. L’ampliamento delle tipologie di setting utilizzate e l’avvicinamento nei contesti di vita del paziente, si pone come stimolo proattivo alla riattivazione, in tutti i contesti dove il paziente viene valorizzato come persona nel suo muoversi in autonomia. Caratteristica del percorso proposto è la costruzione di una forte alleanza terapeutica, dove gli operatori costituiscono figure di riferimento, che lavorano in un’ottica di prossimità e attraverso una progettazione individualizzata. La costruzione della relazione terapeutica si basa anche sulla continuità e frequenza nel rapporto del paziente con le proposte del progetto, tramite attività mirate all’incremento dell’autostima, al recupero e scoperta di vecchi e nuovi strumenti di autonomia, volti ad agevolare l’integrazione sociale.

Bisogni e obiettivi di lavoro

Dall’analisi dei fattori di rischio a carico di questa tipologia di pazienti emersi nei 12 anni di riflessioni e interventi condotti dal 2011 ad oggi, si rileva la presenza dei seguenti bisogni:

- bisogno di supporto ai percorsi sanitari ed in specifico di contrasto alla dipendenza;
- bisogno di sviluppare e rinforzare competenze, capacità di negoziazione e progettualità più autonoma rispetto alla gestione degli aspetti significativi della

propria vita quali la salute, la vita quotidiana, le relazioni;

- bisogno di ricostruire una propria collocazione nel contesto abitativo e nella rete delle relazioni sociali, al fine di sostenere autostima e autoefficacia necessarie per il mantenimento e il rinforzo dell’autonomia. In risposta a questi bisogni l’intervento del progetto definisce in base alle diverse esigenze alcuni specifici obiettivi individualizzati.

Gli interventi proposti possono essere così sintetizzati:

- mantenimento dell’autonomia abitativa, o recupero di essa, attraverso la continua sperimentazione di condizioni di autonomia concreta;
- supporto e consolidamento della cura, della costanza dei controlli sanitari e compliance ai trattamenti, in particolare rispetto alle problematiche di dipendenza e agli aspetti di sofferenza psichica;
- gestione di situazioni critiche quali urgenze sanitarie, abitative, problematiche legali e di gestione della propria autonomia economica;
- aumento e consolidamento di una rete informale di supporto anche attraverso l’esperienza di situazioni di socialità sul territorio;
- supporto dell’immagine positiva di sé, aumento di conoscenze, competenza e autostima attraverso la relazione terapeutica e la sperimentazione di aspetti del sé nell’ambito di laboratori creativi, corsi di rinforzo e acquisizione delle competenze e della relazione con l’altro.

Più in dettaglio, le proposte di intervento si articolano in tre aree.

L’intervento domiciliare, che prevede:

- visite a casa, che accompagnano costantemente il percorso della persona all’interno del Progetto, caratterizzate dall’osservazione non giudicante dell’ambiente di vita quotidiana e delle criticità che lo caratterizzano, ma anche dalla rilevazione delle risorse espresse della persona. Il varcare insieme la porta di casa segna la costruzione di un’alleanza con l’operatore e permette di cogliere aspetti della situazione della persona con uno sguardo ampio che consente di accedere ad ambiti di intervento inevitabilmente esclusi nella presa in carico esclusivamente ambulatoriale;
- interventi concreti volti a consolidare il modo specifico di ogni persona di vivere e gestire la casa, l’autonomia abitativa, la vita quotidiana. L’operatore con flessibilità riconosce e sostiene le peculiarità del soggetto nella relazione con la propria casa, valorizzandone le competenze e cercando insieme soluzioni pratiche ai piccoli /grandi problemi della vita in autonomia;

- interventi psico-educazionali in forma di incontri di piccolo gruppo (corso Autonomie) volti allo sviluppo di abilità e competenze, organizzazione della quotidianità, individuazione di aree di lavoro sul fronte delle autonomie abitative;
- interventi di carattere psicoterapeutico individuale e familiare in loco, mediazione dei conflitti, supporto del nucleo familiare quando esistente, contenimento spinte espulsive.

(Immagine 1: *Intervento Domiciliare_Federserd 2023*)

Gli interventi di accompagnamento, che prevedono:

- accompagnamenti ai luoghi di cura, sia agli ambulatori invianti che presso altri luoghi di cura, al fine di garantire la costanza dei trattamenti sanitari, la compliance ai trattamenti specifici per le dipendenze, il consolidamento e mantenimento di una relazione forte con gli operatori di riferimento;
- accompagnamenti per la gestione di problematiche di tipo pratico connesse alla gestione dell'abitazione con particolare attenzione al favorire l'aggancio con i servizi sociali ed assistenziali, nella logica di una progettualità integrata interservizi volta a tutelare, sviluppare, e mantenere l'autonomia abitativa, anche al fine di contrastare i rischi di istituzionalizzazione precoce e impropria ed i meccanismi di "porta girevole" fra i ricoveri residenziali;
- accompagnamenti da e per strutture residenziali di cura (ad esempio quando necessario percorsi residenziali di disintossicazione/ periodi in centro crisi), al fine di presidiare con attenzione le fasi di entrata e uscita dal proprio domicilio e ottimizzare i periodi di ricovero e i percorsi residenziali.

Le attività di supporto della socialità, che prevedono:

- progettazione e conduzione di attività di laboratorio artistico, musicale, espressivo, cinematografico, mirate alla sperimentazione in contesto idoneo di aree positive e creative di sé, condivisione con gli operatori o in piccolo gruppo del proprio potenziale artistico e creativo;
- pianificazione e realizzazione di uscite sul territorio, con obiettivi ricreativi, formativi, culturali, al fine di condividere situazioni di benessere e di conoscenza di sé e del contesto esterno, con l'accompagnamento degli operatori del Progetto e la condivisione in piccolo gruppo;
- individuazione e proposta di contesti accoglienti, nei quali realizzare piccole e periodiche attività di gruppo, che favoriscano l'emergere di specificità, competenze e sensibilità individuali;
- partecipazione alle attività del Corso Autonomie: proposta periodica di incontri formativi, educativi e di

riflessione su temi connessi all'autonomia abitativa ed individuale, quali la salute, la cura di sé e della casa, la propria collocazione e fruizione del contesto sociale di riferimento, al fine di creare e supportare una più consapevole identità individuale come cittadino e persona, contrastando l'abituale perdita di investimento progettuale tipica di queste situazioni, sia da parte del soggetto che da parte dell'ambiente sociale e familiare.

(Immagine 2: *Immagini Laboratori_Federserd 2023*)

Le azioni del progetto sono mirate anche alla costruzione/ ricostruzione della rete sociale, affrontando anche il rischio di stigmatizzazione interna alla rete stessa, di fronte all'idea stereotipata del paziente in carico al SerD e/o all'ambulatorio Alcologia, superando pregiudizi tipicamente presenti rispetto alla sua irrecuperabile problematicità e strutturando invece l'idea più concreta del paziente come persona degna di essere riconosciuta nella sua storia complessa, capace di attivare risorse per modificare il proprio ruolo e ridefinire un proprio spazio di realizzazione. Nello specifico nelle attività di socialità l'operatore del Progetto assume un ruolo di facilitatore e mediatore nell'incontro con un mondo "esterno" che troppo spesso è stato solo teatro di fallimenti e movimenti espulsivi.

Nel tempo il Progetto "A Casa Tua" si è sempre più declinato come intervento di prossimità, sviluppando i seguenti punti di forza:

- approccio che si caratterizza per il ruolo attivo che è richiesto a tutti gli attori coinvolti: la persona che porta il problema in oggetto non è solo «recettore» rispetto all'intervento: il percorso proposto punta all'autonomia, non tanto come «capacità di fare tutto da sé» quanto come atteggiamento nei confronti della rete e delle risorse da attivare per cercare risposte;
- attenzione alle necessità pratiche del paziente, a partire dalle quali si mira ad individuare bisogni più ampi e profondi, con un taglio concreto ed esperienziale;
- relazione terapeutica basata su continuità, progettazione condivisa e competenza professionale nella quale elemento fondante è la capacità di identificare la giusta «vicinanza/distanza» relazionale fra l'operatore e il paziente e modulare aspetti di cura con il lavoro psico educativo mirato all'autonomia della persona.

Gli aspetti qualificanti del Progetto possono essere così sintetizzati:

- Gruppo di Lavoro flessibile e multiprofessionale che

progetta, realizza e monitora l'intervento, superando le logiche di tipo "assistenziale" e offrendo una rete di operatori che co-progettano percorsi di autonomia, supporto alla cura, gestione della situazione abitativa e di vita, favorendo il superamento di situazioni di dipendenza e di grave degrado sociale;

- relazione terapeutica di tipo psicologico ed educativo basata sulla flessibilità dell'incontro con il paziente e dell'intervento proposto, programmazione di un percorso individualizzato per ciascun beneficiario, in sinergia con le risorse del progetto e quelle attivabili sul territorio di riferimento;

- realizzazione di interventi di supporto concreto di tipo domiciliare e territoriale, attraverso la proposta di accompagnamento nella gestione delle necessità primaria relative alla salute, supporto nel mantenimento/ricostruzione di una rete sociale e familiare, empowerment delle risorse individuali, finalizzate al sostegno dell'autonomia, incontri di supporto terapeutico familiare nel contesto domiciliare ed interventi psico-educazionali in situazioni critiche;

- stretta collaborazione con gli interlocutori della Rete Territoriale, in particolare con i servizi inviati, e monitoraggio reciproco in ogni fase del percorso mediante la realizzazione di incontri periodici nei servizi stessi, presenza degli operatori del Progetto nelle riunioni dei Servizi, realizzazione di interventi congiunti, costante e puntuale verifica e riprogettazione delle attività in corso, costruzione e mantenimento di reti di collaborazione fra Servizi Sociali, Sanitari e risorse del territorio, contatti e collaborazioni attive con le Associazioni di volontariato presenti sul territorio.

Qualche riflessione per guardare indietro ma soprattutto avanti

Il progetto in questi anni è stato capace di intercettare quei pazienti a rischio di "lasciarsi andare alla deriva", perdendo, in modo voluto o no, i riferimenti conosciuti: genitori, figli, parenti, amici, e chiudendosi nell'isolamento o in relazioni con figure simili, di margine o di strada.

Quei pazienti che tendono a nascondersi in un angolo, a definirsi a partire da un ruolo "fuori", dall'assenza nella relazione, da un non luogo, nel dimenticatoio. Privi di appartenenza, lontani dall'autonomia.

Il modello di autonomia a cui spesso ci si riferisce, nella nostra società occidentale, si caratterizza per la capacità di svincolarsi, di realizzare uno sgancio da condizioni di dipendenza affettiva e concreta, andarsene, farsi la propria strada, uscire dal sistema. Altre culture sottolineano invece l'importanza del mantenimento di legami forti, profondi.

A che prezzo però avviene questo svincolo?

Perché trovare la propria strada deve passare attraverso un indebolimento di legami?

In altri contesti il bisogno di "appartenere" sarebbe riconosciuto e valorizzato, mentre invece nella nostra società diventa un problema, qualcosa di "sbagliato", un bisogno spesso respinto e squalificato.

L'autonomia, se così intesa, diventa per qualcuno un traguardo irraggiungibile, un miraggio. Si riduce ad essere solitudine, chiusura in sé stessi o in piccoli gruppi di persone escluse, caos concreto e mentale. Quale futuro per queste persone, dentro ma soprattutto fuori dai Servizi?

È una riflessione da approfondire che ci porta verso la definizione stessa del termine "futuro": spesso questi pazienti, per i quali non si è mai parlato di un avvenire non hanno, da molto tempo, neppure un futuro, e sono invece inchiodati ad un destino, già scritto ed incombente.

Il futuro generalmente è caratterizzato dalle situazioni dove accade qualcosa di nuovo e che danno la sensazione di un nuovo inizio. Il destino invece ci rimanda alle situazioni dove nulla è nuovo, tutto si ripete, con il sapore della sconfitta già scontata.

In questa cornice è difficile liberarsi dagli stereotipi antropologici e sociali, dai ruoli già scritti nelle comunità di appartenenza, come nei villaggi e nelle piccole comunità: il capro espiatorio, il folle, il di-verso, il pericoloso diventa deviante, rifiutato, rifiuto.

Il progetto di domiciliarità "A casa tua" ha cercato e continua, al contrario, ad operare per sostenere l'autonomia senza contrapporla ai legami di appartenenza, fondandola sul rafforzamento del senso di inclusione in un tessuto sociale e umano e sul recupero di un proprio ruolo attivo e di un posto nel proprio ambiente di vita.

Immagine 1: *La visita Domiciliare, riflessioni*



Immagine 2: *Il laboratorio artistico, luogo di espressione e di ricerca di sè*



Immagine 3: *Descrizione del campione di pazienti inseriti in progetto nell'anno 2022*



2.2

THAT'S ALCOL. UN APPROCCIO PSICOEDUCATIVO DI GRUPPO

Rigon J.*^[1], Tono A.^[1], Seno L.^[1], Pertegato O.^[1], Margutti E.^[1]

^[1]UOS Ser.D AULSS 3 Serenissima - Venezia - Italy

Sottotitolo: Da un'esigenza di servizio nasce l'opportunità di costituire un gruppo terapeutico psicoeducativo per sostenere un cambiamento e prevenire le ricadute nei pazienti con Disturbo d'Uso di Alcol (DUA). Un gruppo innovativo che integra l'approccio transteorico (Prochaska e Di Clemente, 1982) alla teoria della consapevolezza (Kabat-Zinn, 1994).

Testo Abstract

Introduzione

Razionale. Il gruppo denominato "That's Alcol" nasce da una esigenza di Servizio in risposta alla richiesta di supporto psicologico per gli utenti con DUA e in forza alle risorse del personale presenti. Si è proposto un percorso alternativo al trattamento individuale, attraverso un'esperienza di gruppo, facendo riferimento al "Modello Transteorico del Cambiamento" di Prochaska e Di Clemente (Prochaska e Di Clemente, 1982) e alla teoria della consapevolezza di Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1994) che ha sviluppato il concetto di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Secondo la prima teoria, il processo di cambiamento della motivazione avviene attraverso diversi stadi, in modo graduale e non sempre lineare; le persone possono tornare a stadi precedenti, specie durante situazioni stressanti o difficili. Il modello fornisce strategie specifiche mirate al passaggio tra i vari stadi. La seconda, invece, è un approccio che integra pratiche di consapevolezza e meditazione nella gestione dello stress e nel miglioramento del benessere psicofisico; promuove un approccio alla vita basato sulla consapevolezza, l'attenzione al momento presente e un atteggiamento non giudicante.

In riferimento al DUA, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nella settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati del 2020, ha presentato il manuale "Handbook for action to reduce alcohol-related harm" (Scafato et al., 2017). Questo manuale sottolinea che l'alcol è responsabile del 6.5% di tutti i deces-

si e del quasi 12% degli anni persi a causa di disabilità o morte prematura. L'alcol rappresenta il terzo fattore di rischio per la salute nell'Unione Europea, dopo il fumo. Il manuale evidenzia anche i costi economici legati ai danni correlati all'alcol, stimati in 125 miliardi di euro. Questo include spese per assistenza sanitaria e gestione della criminalità, oltre a costi legati alla mancata produttività a causa di assenteismo, disoccupazione e morti premature.

Tali premesse per sottolineare l'importanza della cura e della prevenzione alla ricaduta. È fondamentale comprendere i rischi delle ricadute e condividere strategie preventive, al fine di rafforzare il processo di cambiamento. Una recente revisione sistematica della letteratura di Livingstone e collaboratori (Livingstone et al., 2022) riporta e sostiene l'importanza degli interventi psicologici finalizzati al trattamento delle problematiche alcol correlate. Le raccomandazioni di questo articolo sono a favore dell'implementazione futura e dello sviluppo di interventi, specie di tipo psicologico, per migliorare la presa in carico post-acuzie di pazienti con DUA anche con le finalità di prevenire le ricadute.

Obiettivi

Obiettivo generale: fornire un intervento psicoeducativo di gruppo sulle problematiche alcol.

Obiettivi Specifici:

1. orientare e sostenere la persona nel suo percorso al cambiamento;
2. rafforzare le strategie per prevenire le ricadute;
3. facilitare la socializzazione e il confronto;
4. favorire l'invio ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto del territorio.

Materiali e metodi

Criteri di inclusione. Sono stati inclusi gli utenti adulti, afferenti al SerD di Venezia, di età superiore ai 18 aa, con diagnosi DUA, in astensione.

Criteri di esclusione. Sono stati esclusi gli utenti in uso attivo di sostanze alcoliche, al momento del reclutamento.

Campione. Nella fase del reclutamento sono stati contattati tutti gli utenti con DUA, in astensione, del SerD. di Venezia che hanno fatto richiesta di un sostegno psicologico individuale. Il gruppo definitivo era composto da 7 utenti.

Descrizione campione. 7 adulti (N=7), 4 M e 3 F; età media 47 aa (in un range di età compreso tra 31 e 63 aa) con un tempo di astensione compreso tra 1 mese e 3 anni. 3 in trattamento avversizzante. Tutti con diagnosi DUA; 3 in doppia diagnosi.

Descrizione attività. È stato proposto un intervento psicoeducativo di gruppo, a numero chiuso. I parteci-

panti hanno fornito il consenso informato. È stato effettuato un primo incontro di presentazione del percorso di gruppo. Sono seguiti poi 8 incontri, a cadenza quindicinale, della durata di un'ora e mezza ciascuno. Ogni incontro ha previsto specifiche e dettagliate attività con discussione in gruppo, esercizi di mindfulness, abilità pratiche per affrontare situazioni ad alto rischio e sviluppare strategie per evitare le ricadute. Al termine di ogni incontro venivano assegnate delle esercitazioni da svolgere a casa. Gli argomenti specifici affrontati sono: la motivazione; i rischi alcol-correlati; la dipendenza; la neuroplasticità; i benefici di non bere, incontro con servitore insegnante del gruppo ACAT; prevenire le ricadute; riconoscere situazioni potenzialmente a rischio; stimolare/promuovere strategie alternative di prevenzione alla ricaduta; chiusura del gruppo e programmazione follow up.

Valutazione iniziale. È stato somministrato il questionario CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment - Valutazione di esito; Michielin et al., 2008) per una valutazione del benessere e della percezione di cambiamento, prima dell'avvio delle attività di gruppo. *Valutazione finale.* È stato somministrato il questionario CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment - Valutazione di esito; Michielin et al., 2008) per una valutazione del benessere e della percezione di cambiamento al termine del percorso intrapreso.

Follow-up a tre mesi. È stato previsto un incontro di gruppo a 3 mesi, con le seguenti finalità: valutazione della percezione del benessere e del cambiamento nel tempo; confronto sull'autonomia nell'utilizzo delle strategie condivise nel percorso di gruppo; condivisione dei compiti assegnati al termine del ciclo di incontri. Verrà riproposta la somministrazione del CBA-VE (Michielin et al., 2008).

Risultati

Sono stati analizzati i risultati dei questionari CBA-VE, somministrati prima e dopo il trattamento, a tutti i partecipanti del gruppo. Dalle analisi statistiche emerge un generale e significativo cambiamento nelle tre componenti analizzate, ovvero la percezione del cambiamento (grafico 1), il benessere emotivo (grafico 2) e il cambiamento complessivo (grafico 3). Di seguito i grafici che dimostrano la significativa differenza tra la percezione degli indici misurati prima e dopo l'intervento. Si segnala un numero inferiore di questionari raccolti post-trattamento, per assenza di due pazienti nell'ultimo incontro. Seppur con un numero inferiore di dati raccolti, è evidente la tendenza positiva dell'esperienza soggettiva.

Conclusioni

Il gruppo "That's Alcol" ha adottato un approccio innovativo per il trattamento DUA, integrando l'approccio transteorico del cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1982) alla teoria della consapevolezza (Kabat-Zinn, 1994). L'obiettivo principale del gruppo è stato fornire un supporto al processo di cambiamento, mediante la condivisione e il rafforzamento delle strategie, al fine di prevenire eventuali ricadute. Le strategie sono state suggerite sia dagli operatori che dai partecipanti e hanno stimolato a cercare azioni individuali per raggiungere maggiore autonomia. Durante le sessioni sono stati forniti materiali ed esercizi per consentire ai pazienti il loro utilizzo al di fuori del gruppo. La positiva esperienza del gruppo è evidenziata e supportata dai questionari CBA-VE che sono stati somministrati. Ciascuno soggetto ha, inoltre, riportato i benefici sull'esperienza del gruppo in sede di dibattito conclusivo. Sono emerse valutazioni positive sia sul supporto fornito in generale sia sulla possibilità di condividere esperienze simili. In questo modo, l'obiettivo di agevolare la socializzazione e la condivisione è stato raggiunto. È interessante notare come, inizialmente, ci fosse una certa resistenza e riluttanza nell'accettare il lavoro di gruppo. Tuttavia, l'opportunità di comprendere meglio il funzionamento di un gruppo e superare queste resistenze ha contribuito in modo significativo ad indirizzare gli utenti verso altri gruppi presenti sul territorio. Quest'ultimi, che stanno vivendo una diminuzione di partecipazione anche a causa della mancanza di informazioni adeguate, potrebbero trarre beneficio da questa iniziativa. È previsto un incontro di follow-up che si terrà a tre mesi dalla conclusione del ciclo di incontri. Lo scopo di questo incontro è valutare i benefici nel tempo. In particolare, si intende verificare come i partecipanti abbiano continuato ad utilizzare autonomamente le strategie condivise e come si siano adattati al compito richiesto. In conclusione, l'approccio di questo gruppo mostra un potenziale promettente nel fornire supporto e strumenti per affrontare i disturbi d'uso di alcol, suggerendo ulteriori ricerche e sviluppi in questo campo.

Limiti

Tra i limiti vi è la numerosità del campione che è relativamente piccolo ($N=7$) e che non rende generalizzabili i risultati ottenuti. Si aggiunge la non completezza dei dati raccolti post-trattamento che non rende solide le conclusioni, seppur, emerga una tendenza significativa al benessere e al cambiamento percepiti. Si rende, altresì, necessario valutare l'efficacia a lungo termine dell'intervento attraverso ulteriori follow-up, al fine di determinare se le strategie apprese nel grup-

po si traducono in cambiamenti duraturi nel comportamento e nel benessere. Infine, manca un gruppo di controllo che andrà incluso nei progetti futuri, in modo da poter determinare in modo più accurato l'efficacia dell'approccio proposto.

Bibliografia

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion Books.

Livingston N., Ameal V., Hocking E., Levayah X., Timko C. *Interventions to Improve Post-Detoxification Treatment Engagement and Alcohol Recovery: Systematic Review of Intervention Types and Effectiveness*. *Alcohol and Alcoholism*, Volume 57, Issue 1, January 2022, Pages 136–150, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agab021>

Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. *Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 2008; 30: A 98-A104.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change*. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1): 11-12.

Sanavio E., (Edd.), *Le scale CBA Milano*, Raffaello Cortina, 2002

Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Ghirini S, Galluzzo L e Martire S. (A cura di). *Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato. Traduzione e adattamento del volume del WHO Regional Office for Europe nel 2009 dal titolo "Handbook for action to reduce alcohol-related harm". WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol, ISS. Roma: 2017.*

Grafico 1 – Percezione del benessere. Media individuale pre 19 e DS 6,73; media individuale post 22,25 e DS 7,63

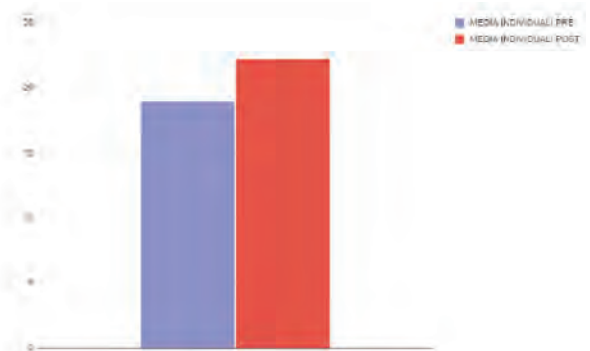


Grafico 2 – Percezione del cambiamento. Media individuale pre 24,57 e DS 9,39; media individuale post 29,25 e DS 3,50

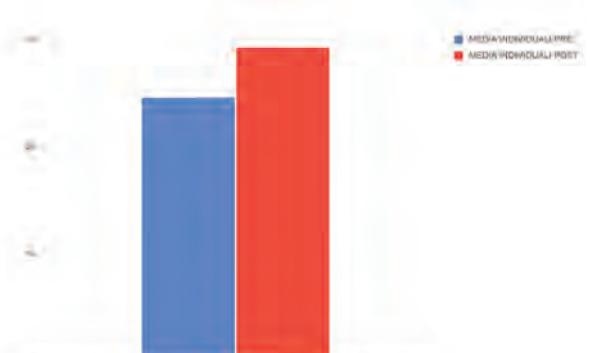
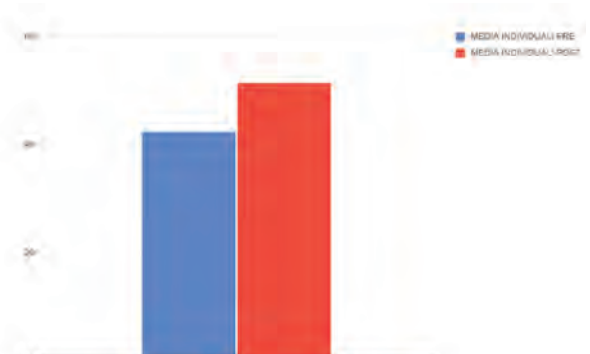


Grafico 3 – Percezione Totale. Media individuale pre 42,42 e DS 12,79; media individuale post 51,50 e DS 9,94



2.3

PROGETTO DI DISASSUEFAZIONE ALCOLICA CON SODIO OXIBATO (GHB) DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Merlini R.*^[1], Fiorentino G.^[1]

^[1]ASST Melegnano-Martesana - Milano - Italy

Sottotitolo: dall'ospedale al territorio

Testo Abstract

Nel mondo, l'alcol rappresenta uno dei fattori principali di rischio per la salute pubblica con 3.000.000 di decessi/anno di cui circa solo 1.000.000 nella sola Europa.

In Italia, l'alcol è responsabile del 20% dei ricoveri con un numero maggiore in alcune regioni come Friuli, Val d'Aosta e Trentino.

Il consumo a rischio di alcol e il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) rappresentano le principali cause di malattia epatica nelle sue diverse declinazioni di severità; la Sindrome da Astinenza (AWS) ne rappresenta un aspetto rilevante, quale possibile complicanza.

Per tale motivo, come anche suggerito dalle Linee Guida Internazionali, sono richiesti trattamenti integrati che possano includere interventi medici, farmacologici, psicologici e sociali.

Anche il Piano Naz. di Ripresa e Resilienza (PNRR) fornisce un ampio capitolo di riforme ed interventi volti a rappresentare e sviluppare le reti e i presidi territoriali per una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

All'attualità, l'interruzione dell'uso di alcol e l'eventuale AWS conseguente, sono modulati unicamente attraverso un ricovero programmato ad eccezione di condizioni cliniche 'urgenti'(delirium tremens, agitazione psico-motoria ecc) per le quali i pazienti accedono direttamente in Pronto Soccorso (PS).

Alla luce di quanto esplicitato, il ricovero per disassuefazione potrebbe essere programmato in altri setting come Macroattività Ambulatoriale (MAC), Casa di Comunità (CDC), Ospedale di Comunità (ODC), spostando l'asse di cura dall'ospedale al Territorio.

Obiettivi strategici

La proposta di progetto mira sia alla riduzione del rischio di recidiva di abuso alcolico che limitare il n° di accessi in PS e le ospedalizzazioni, i cui costi elevati incidono sia sul paziente che sul Sistema Sanitario che, al contrario, potrebbero essere ridotti spostando l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio. Il progetto coinvolge quindi, oltre gli operatori sanitari, anche le diverse strutture territoriali del bacino di riferimento (ASST, CDC, ODC).

Metodologia

Al fine del raggiungimento degli obiettivi sopracitati, è stata effettuata un'analisi 'as is' e una valorizzazione del percorso, compreso quello alternativo, tramite l'Activity Based Costing, una SWOT analisi ed infine un'analisi economica di confronto comparando i diversi regimi di rimborsabilità.

Descrizione progetto

Sulla scorta di un'esperienza maturata presso l'H. Sant'Orsola di Bologna che ha adottato un percorso di disassuefazione da alcol in regime MAC, in un contenitore Day-Hospital (DH) già presente e nel quale venivano erogati altri DRG, si è pensato di traslare questo approccio in un contesto territoriale comprensivo di CDC e ODC.

Il differente percorso proposto è legato alla selezione 'a priori' del paziente (presenza/assenza di comorbidità psichiatriche, severità di malattia, compliance).

Analisi dei costi

I costi inerenti le Risorse Umane sono stati stimati sulla base del Contratto Collettivo Nazionale (CCNL) considerando il tempo medio per il medico (anamnesi, visita, compilazione cartella...) e per l'infermiere (esecuzione etilometro, isolamento accesso venoso...); il costo del monitor multiparametrico è stato stimato partendo dal suo costo d'acquisto con un ammortamento in 10 anni; i costi 'al dettaglio' per farmaci e materiali; i costi generali sono stati stimati pari al 20% del totale.

I costi invece della singola giornata di degenza, all'interno di un'area a media intensità di cura/complexità, sono, rispettivamente di 528.38 e 174 € (Ospedale Vs ODC).

Risultati attesi

Dalla valutazione comparativa di costi e spese tra MAC, CDC, ODC e Ospedale si può evidenziare un risparmio evidente per i pazienti avviati al percorso MAC/CDC, peranco nei pazienti ricoverati in ODC.

Secondo questo progetto territoriale, va considerato

che tutti i pazienti attualmente ospedalizzati, verrebbero avviati a percorsi 'tailored' con lo scopo (la finalità del progetto) di ridurre le ricadute e mantenere l'astensione nel tempo.

Infatti, a fronte di studi in letteratura che riportano un alto rischio di ricaduta (tassi variabili dal 40 fino all'80%), nello specifico, la percentuale di successo di disassuefazione da alcol non dovrebbe variare al diverso percorso di ricovero proposto; l'autore ritiene inoltre, sulla scorta dell'esperienza maturata presso l'ospedale bolognese precedentemente citato, che la gestione 'sul territorio' potrebbe contribuire ad una miglior qualità di vita (QOL) e compliance del paziente.

A questo va aggiunto l'utilizzo di un farmaco, il GHB, che oltre a ridurre il craving (predittore del risultato del trattamento), sembrerebbe raggiungere un trend più rapido sia nella riduzione dei sintomi in acuto che nella riduzione della frequenza delle ricadute. Per tale motivo, un primo indicatore utile a misurare l'efficientamento ottenuto dalla riorganizzazione e dal cambio di setting di cura è proprio la 'riduzione delle ricadute'.

Conclusioni

In Italia, la spesa per 'danni da alcol' si aggira sui 22.000.000.000 € e il 20% dei ricoveri nei Reparti di Medicina è correlata al DUA.

La proposta di un'allocazione territoriale basata sulle caratteristiche cliniche del paziente (gravità del DUA e comorbidità psichiatriche), rappresenterebbe una soluzione vantaggiosa sia per il paziente (miglior compliance, miglior QOL) che per il Sistema Sanitario nel suo complesso (abbassamento dei costi rispetto modalità di ricovero attuali, riduzione liste di attesa, riduzione ricoveri ospedalieri).

2.4

L'INTERVENTO EDUCATIVO IN UN REPARTO OSPEDALIERO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

Rinaldi C.*^[1], Chiaf E.^[1], Dotti M.^[1]

^[1]Cooperativa di Bessimo ~ Concesio ~ Italy

Sottotitolo: Potenzialità e limiti dell'intervento educativo e dell'esperienza della Comunità Terapeutica, all'interno di un reparto di riabilitazione alcolica - il caso della Cooperativa di Bessimo

Testo Abstract

Premessa

Dal febbraio 2022, la Cooperativa di Bessimo collabora con una Fondazione, ente gestore di un Ospedale, al fine di coordinare il servizio di riabilitazione educativa e psico-sociale all'interno del Reparto di Riabilitazione Alcolica presente nel polo ospedaliero.

Per la Cooperativa di Bessimo, ente accreditato nel sistema delle dipendenze e con esperienza ultraquarantennale in gestione di Comunità Terapeutiche e di servizi per le dipendenze, si è trattata di una novità gestionale e di un'esperienza che – dopo poco più di un anno – denota interessanti caratteri di condivisione di finalità, di commistioni organizzative tra figure professionali diverse, di approfondimento e accrescimento di conoscenze e competenze sul tema del disturbo da uso di alcol.

Nel presente testo verranno presentate le caratteristiche principali del servizio educativo e di come lo stesso si stia integrando nel reparto e nelle sue peculiarità tipicamente sanitarie.

Alla luce della tendenza – e delle indicazioni della normativa regionale sulle dipendenze – si ritiene interessante prendere a riferimento il caso specifico per approfondire modalità e processi di condivisione e consolidamento nella gestione dei Reparti sanitari di riabilitazione e disintossicazione alcolica.

Caratteristiche del servizio di riabilitazione educativa e psico-sociale

L'obiettivo generale della collaborazione tra i due enti (Cooperativa di Bessimo e Fondazione) era la riattivazione e la gestione e il consolidamento di un reparto

di riabilitazione alcolica di a residenzialità medio/breve, con una permanenza massima di due mesi (che era stato chiuso per vari mesi per essere adibito a reparto Covid) dedicato al ricovero di persone con patologie e problemi alcol-correlati.

All'interno del servizio, la Cooperativa di Bessimo si sarebbe occupata di affiancare il personale sanitario, medico ed infermieristico, nelle seguenti fasi:

- Definizione di un progetto terapeutico individualizzato in collaborazione con i servizi invianti;
- Disintossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive;
- Effettuazione di un trattamento integrato (medico, psico-educativo, riabilitativo) per favorire il cambiamento del comportamento di dipendenza;
- Collaborazione con i Servizi Territoriali Socio-sanitari e con la Rete per la gestione territoriale della persona dimessa.

Fasi e attività

A tal proposito, la Cooperativa di Bessimo, in accordo con la Fondazione, ha proposto un servizio organizzato in base alle fasi dedicate al paziente.

1. Fase di accoglienza: inizia con la ricezione di una segnalazione da parte di un SerD/SMI/NOA che invia una scheda predefinita compilata e quando è possibile una relazione sociosanitaria. Nella relazione deve essere indicato un proseguimento post dimissioni del trattamento, che sia residenziale in comunità terapeutica o territoriale. Tale documentazione viene vagliata dal Medico della Fondazione e dal Coordinatore educativo della Cooperativa. Se non ci sono elementi ostativi di tipo sanitario o sociale si procede ad una seconda fase con l'inserimento nelle liste di attesa. La tempistica degli inserimenti viene definita dal Dirigente Medico insieme al Coordinatore educativo in équipe.

2. Colloquio di accoglienza: si prevede un colloquio con il paziente e/o i famigliari, per individuare le caratteristiche e le dimensioni degli aspetti più propriamente sociali della situazione del paziente, a cura del Coordinatore Educativo. Il colloquio avviene prioritariamente da remoto o telefonico. In questo contesto si danno alcune indicazioni sulla possibile data del ricovero e si danno informazioni sul trattamento che verrà svolto nel reparto di alcolologia.

3. Degenza: la fase di degenza prevede.

- a. Attività Clinica di disintossicazione a responsabilità del Medico Psichiatra e del personale infermieristico;
- b. Attività Riabilitativa, come descritto di seguito, a

responsabilità del Coordinatore educativo, dell'Educatore e dello Psicologo/psicoterapeuta della cooperativa.

Gli interventi previsti all'interno del servizio sono rappresentati da:

- Counselling individuale
- Colloqui solo in alcuni casi anche con i familiari
- Colloquio motivazionale e di gruppo
- Gruppi di psico-educazione
- Gruppi di auto-aiuto
- Test di personalità
- Gruppi informativi
- Gruppi di informazione sanitaria (condotti dallo Psicologo)
- Colloqui con psicologo
- Laboratori creativi (attività ludico ricreative)

4. Dimissioni: definizione del percorso in uscita, verso l'abitazione o verso altra struttura terapeutico-riabilitativa, a cura del Coordinatore educativo, sentito parere del Dirigente Medico. Il Coordinatore educativo ha il compito di potenziare il lavoro di rete con i servizi socio sanitari, il territorio, e mantenere, quando è possibile il collegamento con la rete familiare e/amicale.

Il Programma si definisce in base alle esigenze cliniche e socio-familiari dei pazienti: per situazioni particolarmente complesse e compromesse si ipotizzava un percorso fino a due mesi, che è il tempo massimo di permanenza in reparto. Gli obiettivi di tale percorso sono la disintossicazione/aumento consapevolezza rischi alcol, il consolidamento dell'astinenza, il lavoro su aree problematiche indicate nel PAI, l'acquisizione di strumenti per fronteggiare le aree problematiche, il segretariato sociale, il lavoro di rete.

Rispetto agli interventi che compongono l'attività riabilitativa, si portano alcuni esempi dei gruppi attivi: gruppo motivazionale con i pazienti, gruppo psicoeducativo con pazienti e familiari, gruppo informativo sulle patologie alcool correlate, gruppo psicoeducativo sulla prevenzione della ricaduta, gruppo di supporto psicologico per la gestione dell'emotività. Tutte queste attività possono essere condotte da un membro della Equipe della Cooperativa (Educatore o Psicologo). Alcuni gruppi di stampo più sanitario sono condotti dallo psichiatra della Fondazione. Sono presenti periodicamente anche gruppi di Alcolisti Anonimi.

Destinatari

I destinatari del servizio così strutturato sono persone maggiorenni, sia maschi che femmine, con dipendenza da alcol, anche associata ad altre sostanze psico-atti-

ve (poliabusatori). Si ritengono criteri di esclusione: la presenza di psicopatologie gravi in fase di scompenso, ed elevati deficit cognitivi e fisici.

Si ritengono destinatari indiretti i familiari, la rete amicale, i servizi invianti e di destinazione, i soggetti della rete del paziente (datore di lavoro, ecc.) che possono beneficiare dell'intervento riabilitativo.

Organizzazione del servizio

Per realizzare quanto esposto, la Cooperativa di Besenzone ha messo a disposizione un'Equipe composta da:

- 1 Coordinatore educativo, Educatore Professionale SN/T-2 (part-time)
- 3 Educatori Professionali SN/T-2 (part-time)
- 1 Psicologo (part-time).

Il tutto con il supporto "consulenziale" del Responsabile dei servizi Sociosanitari della Cooperativa.

L'Equipe Educativa si affianca a:

- Dirigente Medico;
- Infermieri, ASA-OSS;
- Medico Psichiatra.
- Fisioterapista

La responsabilità del Reparto resta dunque in carico alla Fondazione, pur garantendo la Cooperativa il contenuto educativo e psicologico dei percorsi durante il ricovero.

Per meglio realizzare la gestione congiunta e condivisa del reparto e del servizio, settimanalmente è organizzata l'Equipe Multidisciplinare, per costruire e gestire insieme il servizio, partendo da conoscenze condivise è stata realizzata una formazione congiunta nel primo anno di gestione. Per ognuno degli anni di gestione è inoltre prevista una supervisione bimestrale di tipo metodologico, per monitorare il percorso, il funzionamento e l'efficacia dello stesso.

Dati ed esiti del primo anno di gestione del servizio

Il reparto di riabilitazione alcolologica conta 15 posti letto, e l'anno di riferimento per i dati che seguono è il 2022, anno ancora parzialmente interessato dall'emergenza COVID.

Questo ha significato dover ridurre la disponibilità di posti letto per le "quarantene" e gli "isolamenti" obbligatori, dovuti al rispetto delle indicazioni pandemiche per la riduzione del rischio di contagio. Solo dal 2023 si è potuti tornare a contare su tutti i posti letto pienamente disponibili.

Per il 2022, vengono considerati 306 giorni di attività del reparto (sono stati esclusi i mesi di gennaio e febbraio, mesi in cui è stata definita la collaborazione tra Cooperativa e Fondazione). Nello specifico, sui mesi di

gestione, si è registrata una saturazione >85%, che diviene del 92% considerando realisticamente il posto letto che si è dovuto mantenere libero per le esigenze dell'emergenza pandemica e le interruzioni dei ricoveri causati dalle infezioni da Covid-19.

L'utenza è stata mista, e nel corso del 2022 a partire dal 9 febbraio al 31 dicembre si sono svolti 100 ricoveri: 77 maschi e 23 femmine. L'età è variata dai 20 ai 72 anni.

I dimessi nel corso del 2022 sono stati 86 con i seguenti esiti:

- A casa o in comunità 71
- Autodimessi 8
- Deceduto 1
- RSA 1
- Riabilitazione 3
- In Ospedale 2

Al 31 dicembre 2022 erano in carico presso il reparto alcologia 14 pazienti.

Conclusioni e prospettive future

I punti di forza della collaborazione sono:

- l'esperienza di lavoro apportata dalla Cooperativa in termini di conoscenze proprie dell'organizzazione, quali ad esempio le procedure e prassi per la gestione degli ingressi e delle dimissioni;
- l'esperienza di lavoro apportata direttamente dal personale della Cooperativa, tramite le competenze personali e maturate in anni di servizio qualificato e specializzato sul tema delle dipendenze;
- la presenza di personale medico e sanitario che si è primariamente dedicato alla cura, ma che si è reso disponibile alla collaborazione sugli aspetti di riabilitazione educativa;
- la continuità data dalla presenza dello psichiatra, figura ritenuta fondamentale per la guida "scientifica" di un simile reparto.

La peculiarità del reparto fa sì che un punto di miglioramento potrebbe essere negli spazi dello stesso. Per la tipicità dell'utenza, a differenza di altri reparti di riabilitazione (dove - minimizzando - la palestra e la sala tv sono sufficienti), nella riabilitazione alcologica sarebbe auspicabile avere maggiori spazi per le attività psico-educative.

Inoltre, è necessaria la formazione continua e congiunta sul tema del disturbo alcool-correlato che continui a coinvolgere tutte le figure del reparto, al fine di dotare tutta l'equipe degli elementi per affrontare, in maniera coesa e congiunta, la riabilitazione sanitaria ed educativa del/la paziente.

2.5

**DISULFIRAM:
VECCHIO FARMACO,
NUOVE POTENZIALITÀ?**

Fiorentino G.^[1], Merlini R.*^[1] Toscano J.^[1],
^[1] UOS Alcologia, Servizio delle Dipendenze, DSMD ASST
Melegnano e della Martesana ~ Milano ~ Italy

Sottotitolo: Un approccio integrato per un monitoraggio più efficace

Testo Abstract*Razionale*

Il disulfiram è disponibile da circa 50 anni.

La sua efficacia si basa su un 'rinforzo negativo', ovvero nell'infondere al paziente la paura delle reazioni conseguenti al consumo di alcol in modo da indurlo ad evitarne il consumo.

In realtà, il disulfiram è un inibitore enzimatico ad ampio spettro: oltre a provocare la cosiddetta flushing syndrome altera i livelli centrali e periferici della dopamina e della noradrenalina determinando una ridotta sintesi di noradrenalina e un concomitante aumento dei livelli di dopamina (1,2).

Gli studi hanno dimostrato che non esiste evidenza di efficacia del disulfiram vs placebo quando la sua somministrazione non avviene sotto diretta supervisione (3,4).

I vantaggi della supervisione (= monitoraggio dell'assunzione) sono descritti da Brewer e Meyer (5).

L'assunzione può essere quotidiana o limitata a 3 volte la settimana da raggiungere almeno 1400 mg/ settimana, o a dosi superiori, se il paziente riferisce di non aver sviluppato, in seguito all'ingestione di modiche quantità di alcol, una reazione abbastanza severa da figurare da deterrente.

Dal dicembre 2020 ad oggi abbiamo arruolato 51 pazienti (21 F, 30 M) di età compresa fra 20 e 69 aa, per 28 pazienti non è stato possibile individuare un caregiver.

In questa corte di pazienti il nostro Servizio si è reso disponibile all'erogazione del farmaco per 3 volte/ settimana (lun, mer, ven rispettivamente al dosaggio di 400 mg+ 400 mg + 800 mg).

Tutti i pazienti sono stati edotti della necessità di un caregiver; stante la sua efficacia quando somministrato sotto supervisione.

Criteri di inclusione allo studio prevedevano esecuzione degli esami ematochimici, ECT addome, diagnosi secondo DSM V.

Criteri di esclusione: età < 18 aa, Child C, ipersensibilità individuale accertata vs il principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti, CAD, depressione maggiore grave, pregresso TS.

A tutti i pazienti, previo consenso informato, è stato somministrato disulfiram (Antabuse dispergettes 400 mg/ Etiltox compresse da 200 mg per 3 volte alla settimana).

La maggior parte dei pazienti afferenti al NOA erano in trattamento con SSRI o ansiolitici per sindrome ansioso-depressiva.

12 pazienti vengono seguiti contestualmente dal CPS per disturbo di personalità: 10 facevano uso concomitante di cocaina; un caso di drop-out.

Risultati

Nella ns esperienza la forbice di astensione dei nostri pazienti è compresa tra 90 e > 900 gg con ricadute fino ad un massimo di tre episodi nel 20% dei pazienti, con ripristino dell'avversivante dopo 72 ore di astensione e un breve ciclo di colloqui psicologici di supporto e motivazionale.

Conclusioni

Il disulfiram è efficace quando è somministrato sotto supervisione anche se diversi autori dubitano che "l'estinzione" del consumo di bevande alcoliche possa verificarsi sotto tale terapia.

Nella nostra esperienza un intervento multidisciplinare, psicologico e farmacologico permette ai pazienti di:

- riabituarsi a vivere senza alcol e riconquistare la fiducia in ambito familiare e lavorativo;
- essere capaci di trarre benefici dalle altre terapie;
- essere in grado di frequentare le riunioni di AA o CAT, rinforzando il senso di appartenenza al gruppo e apprendendo e migliorando le proprie capacità nell'evitare le ricadute (coping skills).

I dati della letteratura suggeriscono il proseguimento della terapia per almeno 6 mesi, ma probabilmente, anche nella nostra esperienza il trattamento dovrebbe essere protratto.

Sono stati segnalati in letteratura, alcuni dati sull'utilità del trattamento dell'abuso di cocaina con disulfiram.

Alcuni studi clinici condotti in USA (10,11,12) suggerivano come la dipendenza da cocaina fosse associata a perturbazioni della trasmissione monoaminogenica cerebrale; questa disregolazione è alla base della depressione post-cocaina e del craving ed è quindi probabile che il disulfiram riduca il desiderio di abuso di cocaina attraverso l'incremento delle concentrazioni sinaptiche di dopamina (effetto anti-craving).

Uno studio pubblicato da Carrol et al. nel 2004 (13) aveva ipotizzato che il disulfiram potesse agire direttamente sull'abuso di cocaina, riportando una riduzione delle assunzioni dopo trattamento combinato con disulfiram e terapia cognitivo-comportamentale.

Rimangono i seguenti punti aperti:

- l'impianto sc con preparazione a lento rilascio
- la somministrazione depot.

L'impianto sottocute del disulfiram è stato descritto per la prima volta nel 1968 (6).

L'efficacia dell'impianto rimane peraltro discutibile, dovuta sia alla impossibilità di monitorare i livelli ematici di disulfiram che alle complicanze, quali desiccazione della ferita e rigetto (7,8).

Uno studio turco (9) ha suggerito l'impianto di disulfiram nel piano intramuscolare subscapolare senza complicanze e con possibilità di reimpianto dopo 1 anno.

In letteratura è altresì apparsa, senza troppi clamori, la descrizione di una formulazione iniettabile di disulfiram in soluzione acquosa: l'emivita del depot potrebbe dipendere dalla sua scarsa solubilità in acqua e dovrebbe mantenere l'effetto farmacologico per diverse settimane, con un'emivita approssimativamente di almeno una settimana (14).

Bibliografia

1. Goldstein et al. *Inhibition of dopamine beta-hydroxylase by disulfiram*. *Life Sci* 3: 763-767, 1964
2. Karamanakos et al. *Differentiation of disulfiram effects on Central catecholamines effects and hepatic ethanol metabolism*. *Pharmacol Toxicol* 88(2): 106-110, 2001
3. Wright C, Moore RD. *Disulfiram treatment if alcoholism*. *Am J of Med* 88: 647-655, 1990
4. Hughes JC, Cook C. *The efficacy of disulfiram-a review of outcome studies*. *Addiction* 92: 381-396, 1997
5. Brewer C, Meyer RJ. *Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse?* *CNS Drugs* 14: 329-41, 2000
6. Kellam AM et al. *Disulfiram implantation for alcoholism*. *Lancet* 1968;1: 925-6
7. Malcolm MT, Madden JS. *The use of disulfiram implantation in alcoholism*. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 41-5
8. Johnsen J et al. *A double-blind placebo controlled study of male alcoholics given a subcutaneous disulfiram implantation*. *Br J Addict* 1987; 82: 607-13
9. Billur S et al. *Disulfiram implantation for the treatment of*

alcoholism: clinical experiences from the Plastic Surgeon's point of view. *Arch Plast Surg* 2014; 41: 571-575

10. McCance-Katz et al. *Chronic disulfiram treatment effects on intranasal cocaine administration: initial results*. *Biol Psychiatry* 43: 540-543, 1998a

11. McCance-Katz et al. *Disulfiram effects on acute cocaine administration*. *Drug Alcohol Depend* 52: 27-29, 1998b

12. Silva de Lima et al. *Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review*. *Addiction* 1997: 931-949, 2002

13. Carrol KM et al. *efficacy of disulfiram and cognitive Behavior in cocaine dependent out patients: a randomized placebo- controlled trial*. *Arc Gen Psychiatry* 61(3): 264-72, 2004

14. M. Phillips. *Injectable formulations of disulfiram for the treatment of alcoholism*. *United States Patent*, 1987

2.6

GRUPPO DI PREVENZIONE DELLE RICADUTE NEL PAZIENTE CON DISTURBO DA USO DI ALCOOL IN TRATTAMENTO

Pavese D.^[2], **Foppiani C.**^[2], **Lanza A.**^[2], **Priora C.**^[1]

^[1]SS SERD SC Dipendenze ASST PAVIA ~ Pavia ~ Italy,

^[2]SS SERD SC Dipendenze ASST PAVIA ~ Voghera ~ Italy

Sottotitolo: Riscrivere la propria vita insieme ad altri; un'esperienza tra "l'essere" e il "fare".

Testo Abstract:

Introduzione al lavoro sulla ricaduta

L'impatto della ricaduta sul paziente alcolista mina la fiducia nei propri mezzi, il senso di autoefficacia personale, ma anche l'investimento sul trattamento e il rapporto fiduciario, in alcuni casi, col Servizio. Spesso il paziente e gli operatori sanitari che se ne occupano si fermano a pensare alla ricaduta come segno del fallimento di un trattamento, come eterno ritorno del problema ciclico della dipendenza, con le sue coercizioni bio-psico-sociali.

Questa prospettiva, tesa alla restitutio ad integrum, con il seppur valido obiettivo dell'astensione dall'uso, rischia però di concettualizzare dicotomicamente la ricaduta come errore di percorso da scotomizzare, deviazione scomoda che toglie tempo e spazio al processo di guarigione.

Al contrario, diversi modelli di ricaduta, da quelli dinamici a quelli cognitivo comportamentali, sottolineano la stessa come un processo in transizione, che può recare in sé un significato da esplorare a livello personale e relazionale, caratterizzato da una serie di accadimenti che si svolgono nel tempo (Marlatt e Gordon 1985).

La ricaduta può essere concettualizzata come "un'azione parlante" (Racamier), un modo per trasferire nella realtà una difficoltà di gestione di un evento personale, caratterizzato emotivamente e collegato alla storia del paziente.

Dunque il "sintomo Ricaduta" può rappresentare un'occasione terapeutica per lavorare su questioni soggettive e per apprendere al contempo nuove modalità di risposta, maggiormente adattive e più funzionali al

benessere soggettivo.

Questa concettualizzazione fornisce un quadro concettuale più ampio per intervenire nel processo di ricaduta al fine di prevenire o ridurre gli episodi di recidiva migliorando in tal modo l'esito del trattamento. Un aspetto centrale del modello cui si è ispirato il Gruppo (Relapse Prevention di Marlatt e Gordon) è la classificazione dettagliata di fattori o situazioni che possono precipitare o contribuire a episodi di ricaduta. In generale il modello Relapse Prevention postula che tali fattori rientrino in due categorie: "fattori determinanti di ricaduta" e "fattori preparatori ad una esposizione a situazioni ad alto rischio".

Nel modello il trattamento inizia con una valutazione delle caratteristiche ambientali ed emotive di situazioni potenzialmente associate a ricaduta (cioè situazioni a medio ed alto rischio).

Dopo aver identificato le varie caratteristiche, in gruppo si lavora da un lato nel verificare le risposte del singolo paziente a queste situazioni, e dall'altro nell'esaminare le caratteristiche personali che aumentano l'esposizione dello stesso a situazioni ad alto rischio. Sulla base di questo attento esame del processo di ricaduta, il terapeuta condivide, insieme all'apporto del gruppo, strategie per far fronte alle aree di rischio, a livello sia cognitivo che comportamentale, al fine di ridurre la probabilità di recidiva, o comunque eliminarne l'impatto, nella logica della riduzione del danno. Fondamentale è anche il lavoro sugli stadi del cambiamento (Prochaska e Di Clemente), per introdurre con i membri considerazioni che supportino una mappatura della capacità motivazionale di empowerment e agency dei vari pazienti.

È importante infatti che i vari membri riescano a mantenere il più possibile lo stadio "azione" rispetto al problema specifico, uno stadio in cui si possa mettere in atto un cambiamento sostenibile, deciso e in linea con le risorse del paziente.

Può infatti accadere che il paziente minimizzi o non sia per niente cosciente di comportamenti a rischio (fase di precontemplazione), oppure che non riesca o non voglia cambiarli (fase di contemplazione), perchè il cambiamento risulta ancora troppo ostativo e faticoso. In tal senso il paziente può valutare la propria capacità di affrontare tali situazioni (autoefficacia) irrealisticamente alta, con aspetti di eccessiva onnipotenza, o al contrario così bassa da pensarsi come troppo incapace di fronteggiare la sfida che gli si propone.

Tali costrutti sono assimilabili alla teorizzazione di Bandura, in cui l'autoefficacia e la frattura interiore come leva motivazionale del cambiamento risultano in gioco come fattori decisivi e da sintonizzare sul livello del singolo paziente, di modo che il gradiente motiva-

zionale sia sufficientemente caldo per installarsi in una modalità attiva.

Piuttosto che come uno stato immobile, il livello dell' "Azione" può essere inteso, con più pertinenza, come una rotta, una bussola interna che i pazienti possono acquisire, imparando a gestire meglio le ondate del craving e gli episodi stressogeni della loro vita. Non rappresenta dunque qualcosa di acquisito una volta per tutte, ma, così come la motivazione, ha un movimento carsico e variabile nel tempo.

L'obiettivo nel tempo è che possa divenire un *modus* soggettivo, una nuova modalità di pensiero, caratterizzato da una centratura e da una capacità di non denegare l'incontro con le difficoltà della vita e la propria vulnerabilità soggettiva.

L'esperienza di gruppo

Il Gruppo che si è svolto presso il SERD di Voghera (ASST PAVIA) nel periodo tra gennaio e giugno 2023, di cui verrà riproposta una nuova edizione a breve, è composto da 12 pazienti con Disturbo da Uso di Alcool in carico presso il SERD, in astensione e remissione iniziale dai sintomi alcolcorrelati da almeno 3 mesi, scelti dalle équipes referenti e previo colloquio valutativo e motivazionale con i referenti del progetto. Ha una durata di 6 mesi, con incontri a cadenza quindicinale, è condotto da uno psicologo e un'assistente sociale con esperienza nella conduzione di gruppi in ambito dipendenza.

I casi vengono segnalati dall'équipe SERD, previo colloquio di valutazione all'idoneità in gruppo.

I Criteri di esclusioni comprendono pazienti in marcata ricaduta o in drop out dal trattamento ambulatoriale. Le metodologie utilizzate comprendono la verbalizzazione di gruppo, tecniche attive e corporee con esercizi di corpo-coscienza e di meditazione, utilizzo del role playing, brainstorming, lavoro psico-educativo attraverso materiale fornito dai conduttori e utilizzo di cartelloni per guidare le stimolazioni.

Le tematiche su cui il gruppo lavora sono rappresentate da:

- meccanismi di azione e effetti dell'alcool
- la motivazione personale al cambiamento
- il meccanismo neurobiologico della dipendenza e farmaci
- il craving (trigger, use, craving, thought)
- la ricaduta e i fattori di rischio personali
- la prevenzione delle ricadute e le risorse personali (life - skills e strategie di protezione)
- astinenza totale dall'alcool
- emozioni-pensieri-comportamenti, alfabetizzazione emotiva

- relazioni familiari e conflitti
- social skills
- reinserimento sociale, lavorativo

L'obiettivo dell'attività di gruppo è quello di fornire alla persona in trattamento informazioni, strumenti e abilità di base per mantenere l'astensione protratta dell'alcool.

Tramite un confronto attivo e partecipato, si sono sviluppate strategie di gestione di situazioni interne ed esterne legate al rischio di ricadute.

Il focus mira a:

- individuare e prevenire le situazioni ad alto rischio di ricaduta nell'alcool
- aumentare la motivazione personale al cambiamento
- eliminare i bias cognitivi sugli effetti positivi circa l'uso di alcool
- prevenire e/o gestire le ricadute
- affrontare gli stress quotidiani
- riconoscere e controllare il craving
- riconoscere gli stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione ecc.)
- fornire input di alfabetizzazione emotiva e gestione delle emozioni
- apprendere strategie di protezione e life-skills
- aumentare il livello di socializzazione e partecipazione attiva al gruppo.

Contenuto degli incontri e strumenti utilizzati

Primo incontro di gruppo: introduzione al percorso di gruppo. attivazione e conoscenza dei partecipanti, costruzione delle regole di gruppo e focus sugli stadi del cambiamento in un'ottica di prevenzione alla ricaduta.

Secondo incontro di gruppo: attivazione del gruppo con brevi esercizi corporei per migliorare la coscienza corporea, lavoro su rinforzi positivi e negativi rispetto all'assunzione di alcool, bilancia decisionale su costi e benefici dell'uso di alcool.

Terzo incontro di gruppo: attività di stimolazione corporea e di meditazione, lavoro sulla motivazione intrinseca (autoefficiacia, frattura interiore e disponibilità al cambiamento).

Compilazione di una scheda di auto-monitoraggio attraverso un lavoro psico-educativo di consapevolezza rispetto a "Rischio - Attività Alternative - Esito" delle situazioni che portano all'assunzione di alcolici. Le risultanze sono state poi discusse in plenaria per attivare strumenti rispetto alla gestione delle situazioni ad alto impatto emotivo, scatenanti assunzioni disadattive.

Quarto incontro di gruppo: lavoro sul riconoscimento dei fattori di rischio ricaduta nell'alcool, attraverso la

scheda specifica di automonitoraggio e confronto in gruppo. Iniziale introduzione del concetto di craving e dei meccanismi apparentemente irrilevanti che possono predisporre alle ricadute e loro gestione. Quinto incontro di gruppo: lavoro tramite role-playing e simulate su social skills ed emozioni che possono scatenare/incistare le ricadute. Verbalizzazione e attività di drammatizzazione a partire da situazioni-tipo e vissuti soggettivi.

Sesto incontro di gruppo: Lavoro di alfabetizzazione emotiva su stati d'animo e vissuti attuali, collegati a situazioni relazionali di rischio tramite lavoro psico-educativo con immagini stimolo. Riflessione sulle leve motivazionali e ostacoli emotivi che distinguono "Sé reale e Sé ideale" in merito all'uso di alcool.

Settimo incontro di gruppo: Lavoro di sviluppo di un piano di fronteggiamento delle ricadute, con focus su social skills e risorse attivabili. Riflessione su criticità e nodi connessi ai legami familiari e amicali, con analisi condivisa di vissuti, emozioni e cognizioni. Verbalizzazione e brainstorming di gruppo, con restituzione delle salienze soggettive da parte dei conduttori.

Ottavo incontro di gruppo: Seduta di lavoro sul tema dell'alfabetizzazione emotiva e delle situazioni di rischio. Psico-educazione su sensazione, emozione, stati d'animo. Utilizzo del role paying.

Nono incontro di gruppo: Gruppo prevenzione alle ricadute. Diario giornaliero per la ristrutturazione dei pensieri negativi. Lavoro di approfondimento su situazioni predisponenti-pensieri negativi (core belief)-emozioni-pensieri razionali-esiti.

Decimo incontro di gruppo: Seduta di conclusione. Restituzione del lavoro in gruppo, significato dell'esperienza grupppale e questionario di valutazione e gradimento.

Risultati del questionario di gradimento

Valuti che la proposta di partecipazione all'attività di gruppo sia stata soddisfacente? (non soddisfacente, poco soddisfacente, abbastanza soddisfacente, molto soddisfacente, totalmente soddisfacente).

Risposte: 5 Totalmente soddisfacente, 3 Molto soddisfacente.

Valuti che sia stata utile la frequentazione del gruppo ad aumentare il livello del tuo benessere globale? (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo).

Risposte: 6 Molto 2 Moltissimo

Reputi adeguato alla proposta il livello dei formatori? (niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo).

Risposte: 7 Moltissimo 1 Molto

Descrivi brevemente un elemento che ti ha particolarmente colpito positivamente dell'esperienza di gruppo "La partecipazione, i benefici, l'impegno dei paziente

e dei formatori", " la fiducia, l'empatia e la solidarietà", " il non essere giudicati", "le attività proposte come la simulazione", " la coesione, giochi di gruppo, apertura e condivisione sincera dei partecipanti", " poter parlare liberamente senza vergognarsi", " "parlare liberamente con persone con lo stesso problema" Descrivi brevemente un elemento che apporresti come migliorativo all'esperienza di gruppo "Approfondire meglio il significato delle singole parole come: tristezza, amore, angoscia ecc.", "contare i giorni di astensione di ognuno", periodi di incontro più ravvicinati nel tempo", "nessuno, ho trovato persone meravigliose", " nessuno ho trovato il percorso molto utile" "non ho consigli perchè ho trovato l'esperienza completa".

L'aderenza al percorso è risultata nel complesso buona, con una media di 8 partecipanti ad incontro.

Conclusioni

Il gruppo ha raggiunto una maggiore consapevolezza rispetto alla problematica alcool-correlata, continuando nel percorso di astensione protratta, o in altri casi rivalutando percorsi residenziali specifici.

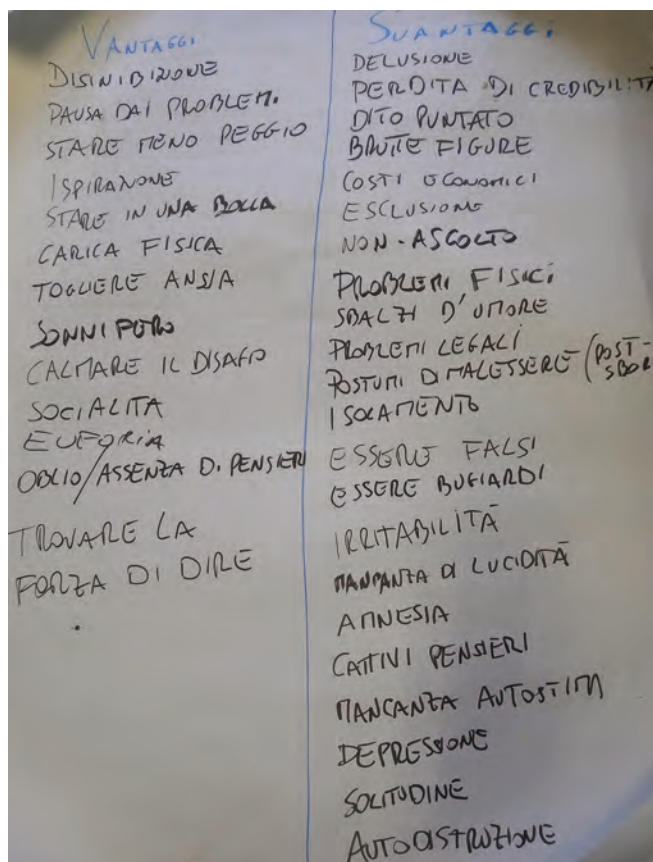
I conduttori sottolineano l'importanza di uno spazio neutro, esterno all'ambulatorio SERD, dedicato all'attività grupppale, il più scevro possibile da connotati stigmatizzanti la fascia di utenza.

L'utilizzo di metodologie che lavorino anche sul piano corporeo e relazionale attiva un clima emotivo di fiducia, che permette poi di sviluppare le funzioni terapeutiche più specifiche di un gruppo (rispecchiamento, risonanza, emotività, intimità, apprendimento tra pari, supporto pratico e emotivo), in cui il livello del pensare e del fare siano complementari, così come il livello cognitivo e quello corporeo.

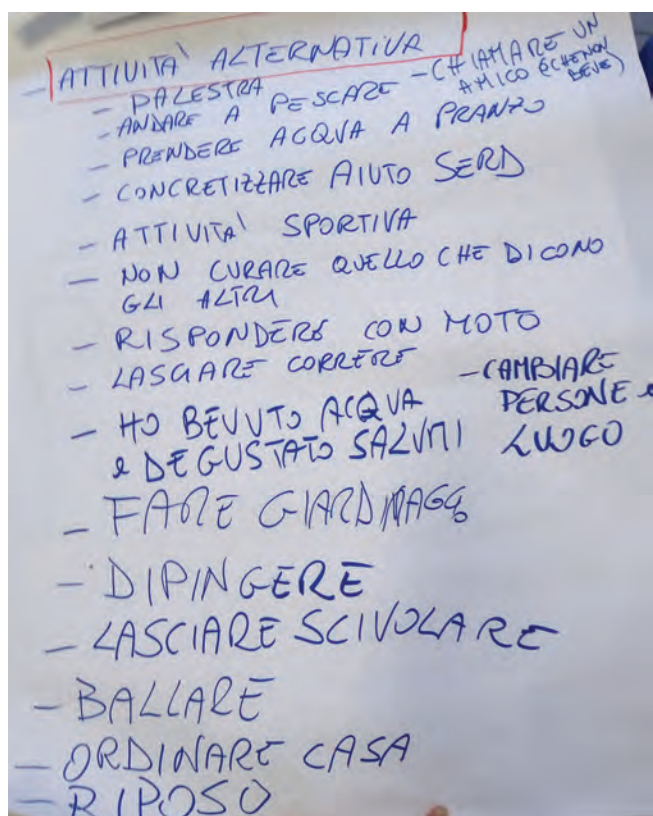
Utilizzo delle carte Dixit a scopo narrativo e cartellonistica "regole del gruppo" e "curva del craving"



Laboratorio "vantaggi e svantaggi percepiti" rispetto all'uso di alcool



Laboratorio "attività alternative" per una quotidianità senza alcool



2.7

PERCORSI DI CURA PER IL DISTURBO DA USO DI ALCOL: IL MODELLO INTEGRATO SANITARIO E RIABILITATIVO

Fertonani Affini G.*^[1], Giuffredi C.^[2]

^[1]Az USL PARMA - DAISM-DP ~ Parma ~ Italy, ^[2]Gruppo CEIS ~ Parma ~ Italy

Sottotitolo: L'esperienza di Parma: il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve integrato con il ricovero in ambito sanitario.

Testo Abstract

L'interesse nei confronti dei programmi residenziali brevi, in specifico per il disturbo da uso di alcol, ha assunto sempre di più un significato polivalente e di congiunzione con altri interventi. La possibilità di una maggiore integrazione con i percorsi sanitari ma anche con l'"aftercare" sul territorio sviluppati in modo sinergico e intensivo ci permettono di intercettare una utenza che ancora non è gravemente compromessa dal punto di vista personale e sociale. Il modello della residenzialità breve in ambito alcolologico fa riferimento ai programmi dei "28 giorni" anglosassoni ma anche alle cliniche tedesche con approccio psicoterapico/psicosomatico. In questi percorsi residenziali brevi gli interventi sono calibrati sulla valutazione diagnostica, sull'analisi motivazionale e di prevenzione della ricaduta. In molti casi sono inclusi interventi di sblocco e regolazione emotiva e di sensibilizzazione/facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto. Il percorso residenziale breve implica una forte integrazione con il prima e il dopo: con il ricovero in ambito sanitario e con il territorio.

Introduzione

I programmi residenziali brevi sono rivolti a soggetti nei quali il disturbo da uso di alcol non ha ancora determinato un grave deterioramento sociale e personale, pazienti con ancora un discreto funzionamento lavorativo e socio/familiare, una accettabile capacità di gestire la propria vita e una buona consapevolezza. Anche per l'eventuale comorbidità psichiatrica non è la diagnosi codificata (valutazione categoriale) a fare la

differenza ma la capacità di autonomia personale e di funzionamento relazionale (valutazione dimensionale). Normalmente l'avvio al percorso residenziale breve è anticipato da un ricovero in ambito sanitario per gestire i sintomi astinenziali e stabilizzare il "craving". Il primo obiettivo è quello di ridurre i tempi di degenza in modo da poter continuare il percorso riabilitativo in un ambiente arricchito e più stimolante. Nel percorso riabilitativo è prevista una fase di valutazione psichiatrica e di messa a punto della farmacoterapia. La diagnosi si pone dopo aver indagato la storia e le caratteristiche della dipendenza, gli aspetti organici, la condizione psicologica/psichiatrica e la vita sociale/familiare (Greenfield,2006). Nel corso del programma residenziale si riducono i sintomi psicopatologici "tradizionali" (sintomi depressivi, ansia, ecc) e prevalgono i sintomi legati ai disturbi di personalità (somatizzazioni, impulsività, bipolarità, ecc). La centralità dei programmi residenziali brevi è quello di "acquisizione di strumenti" per fornire al paziente strategie personali e sociali che gli consentano di affrontare i problemi, le fragilità emotive, le situazioni a rischio senza ricorrere alla modulazione con sostanze alcoliche (Hinnenthal 2006).

1. Il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve a Parma

Il Trattamento Residenziale Alcolologico Intensivo Breve è inserito all'interno dell'Accordo Locale e Contrattuale relativo a prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso assistite dall'AUSL di Parma (accordo locale contrattuale relativo alle prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'azienda USL di Parma 2020-2022. 30-12-2019).

La caratteristica del trattamento residenziale breve è di associare in modo consequenziale e integrato il ricovero in ambito sanitario (Ospedale Privato Accreditato "Maria Luigia" o altra Casa di Cura) e l'ingresso nel modulo residenziale Alcolologico Intensivo Breve (durata di 30-60 giorni) della Comunità L'Airone del Gruppo Ceis.

Il target è riferito a utenti in fase di scompenso psicofisico da abuso o dipendenza alcolica che abbiano mantenuto le proprie risorse personali nei diversi contesti (lavoro, rete familiare e sociale, sufficiente stabilità economica) ed utenti per i quali vi sia un riconoscimento condiviso di consapevolezza e capacità operative tale da orientare ad una riattivazione delle risorse personali.

Gli obiettivi sono divisi in due fasi consequenziali: la disintossicazione e la stabilizzazione del quadro psicofisico in ambito sanitario ed il successivo consolida-

mento dell'astensione, insieme alla protezione ed accompagnamento finalizzati al mantenimento delle risorse personali residue all'interno del percorso intensivo breve. Così strutturato, il percorso si prefigge di coniugare in un lasso di tempo breve il bisogno di contenimento e la necessità di stimolare la consapevolezza e autonomia della persona.

2. *Inquadramento diagnostico e interventi*

Gli strumenti utilizzati sono l'inquadramento diagnostico per area (uso di sostanze, somatica/organica, psicologica/psichiatrica, sociale/familiare, motivazionale); interventi di motivazione al cambiamento/analisi funzionale e prevenzione della ricaduta sia individuale che di gruppo; interventi di sblocco emotivo e di regolazione emozionale; tipizzazione e farmacoterapia del "craving"; coinvolgimento della famiglia e contatto con gruppi di auto-mutuo-aiuto territoriali.

3. *Analisi funzionale e motivazione al cambiamento*

L'analisi funzionale è uno strumento che aiuta l'operatore e il paziente a comprendere e quindi a diventare consapevole dei propri comportamenti d'uso. Partendo dal presupposto che ogni comportamento nasce come strategia "adattiva", ossia rappresenta la migliore risposta che in quel momento l'individuo è in grado di attuare. La comprensione della funzione dell'uso di sostanze è il presupposto per la ricerca di strumenti personali migliori. Nell'analisi funzionale si scompongono i processi secondo il presupposto che ogni comportamento è elicitato da antecedenti e rinforzato da conseguenti (Kelly 1955).

4. *Prevenzione della ricaduta*

La prevenzione della ricaduta prevede l'individuazione delle personali situazioni ad alto rischio di ricaduta come stati emotivi negativi e positivi, pressioni socio-lavorative, conflitti interpersonali, contesti, verifica dell'autocontrollo, uso di altre sostanze, condizioni psico-fisiche negative e acquisizione di strategie di fronteggiamento (Marlat, 1988). Un aspetto fondamentale è la gestione del "craving" nella prevenzione della ricaduta che coinvolge lo sviluppo di abilità personali ma anche la possibilità di utilizzare approcci psicofarmacologici (Carol, 2001).

5. *Interventi di sblocco emotivo e regolazione emozionale*

Situazioni di "congelamento emotivo" sono molto frequenti nei pazienti con disturbo da uso di alcol. La sostanza è spesso assunta per "agire senza sentire". La condizione di astensione dall'alcol coincide con la graduale capacità di riprendere a sentire e gestire le emo-

zioni. Una modalità per favorire questo processo è quella di entrare in contatto con le emozioni attraverso il corpo (Bertelè, 1995). Conseguentemente allo scongelamento delle emozioni è necessario acquisire strumenti di gestione alternativi all'uso di sostanze. In questa fase emergono ricordi e vissuti traumatici che hanno necessità di essere gestiti con colloqui psicologici e supporto psicofarmacologico.

6. *La gestione del "craving" nella prevenzione della ricaduta*

Il "craving", ovvero il desiderio di alcol, è una componente centrale nel processo di ricaduta. Si tratta di un processo emotivamente impegnativo che coinvolge la mente e il corpo. Pone il paziente in un atteggiamento non più collaborativo con un netto distacco emotivo. Il "craving" prende origini dalle zone più ancestrali del nostro sistema nervoso centrale e non deve essere confuso con i sintomi astinenziali. Il modello psicobiologico (Verheul, 1999) è quello che ci descrive meglio le alterazioni neurochimiche scomponendo il "craving" in vari sottotipi clinici: il desiderio per la ricompensa che sottotende un'alterazione del sistema dopaminergico/oppiodergico, desiderio per ridurre la tensione con alterazione del sistema gabaergico/glutammatergico, desiderio ossessivo/compulsivo con alterazione del sistema serotoninergico. Ogni sottotipo di "craving" può essere gestito con supporto psicofarmacologico mirato. La tipizzazione e il monitoraggio del "craving" viene effettuata con il questionario (CTQ: Craving Typology Questionnaire) (Cuneyt, 2016).

7. *Facilitazione all'auto-aiuto*

Strategica è la facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA). Alcolisti Anonimi (AA), Familiari di Alcolisti Anonimo (Al-Anon), Club Alcolologico Territoriale (ACAT) condividono i principi fondanti del "self-help" di reciprocità e mutualità in una condivisione tra pari del problema alcol. Alcuni studi (Humphreys, 2003) evidenziano un miglioramento del funzionamento sociale e maggiore autoefficacia, riduzione dei costi sanitari e dell'utilizzo dei Servizi, garantiscono un sostegno e una continuità dei percorsi ("continuing care"), miglioramento degli esiti nei trattamenti combinati professionale e non professionale (Connors 2001).

8. *Programma "aftercare"*

Il punto di forza del programma alcolologico intensivo breve è sulla progettazione dell'"aftercare": il coinvolgimento della rete familiare e sociale, l'attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto territoriali, i rapporti con il Ser.D inviante e il coinvolgimento del Medico di

Medicina Generale. La partecipazione della rete familiare ai momenti del percorso è fondamentale per rimodulare le relazioni e progettare l'uscita dalla struttura (accompagnamento all'ingresso, partecipazione al gruppo Multifamiliare ed al seminario di educazione alla salute in Comunità e frequentazione di un gruppo AMA territoriale).

9. Organizzazione del trattamento residenziale breve alcolologico

Gli ingressi e le dimissioni sono calendarizzati in accordo con i Servizi Alcolologici invianti, i primi con passaggio diretto dal reparto ospedaliero o struttura sanitaria alla Comunità; le dimissioni con calendario concordato di controlli ambulatoriali e incontri ai gruppi AMA. Nella fase di pre-ingresso vengono effettuati 1-2 colloqui di conoscenza con il paziente, in presenza o in modalità da remoto, con la partecipazione degli operatori referenti (Servizi Alcolologici e comunità) e la famiglia. È in questa fase che le figure coinvolte nel progetto, ovvero utente, familiari ed equipe di riferimento sottoscrivono il Contratto di Cura. Nel contratto vengono esplicitati: gli obiettivi, gli impegni assunti dall'utente-rete familiare-equipe di riferimento, aspetti legati ad eventuale accesso presso altri servizi, comportamenti non ammessi, piano della crisi (vedi allegato 1). Sempre in questa fase viene compilata la scheda sinottica del modulo alcolologico intensivo breve (MABI) (vedi allegato 2). Verrà inoltre esplicitato il programma di trattamento durante la permanenza nel modulo residenziale alcolologico intensivo breve (vedi allegato 3).

La verifica con gli operatori della UOS di Alcologia inviante verrà effettuata al 15/30 giorno e fine percorso (60 giorno).

Vengono monitorati i seguenti indicatori di esito:
A. adesione al percorso completo;
B. monitoraggio del craving con "Craving Typology Questionnaire" (CTQ);
C. attivazione dell'"aftercare" (reinvio al SerD, rapporto con gruppo di Auto Mutuo Aiuto e con MMG);
Il presente articolo riporta infine (allegato 2) i dati attività del progetto dall'avvio.

10. Trattamento residenziale alcolologico intensivo breve: dati di attività marzo 2021-agosto 2023

La tabella 1 riporta i dati utenza dall'apertura del progetto al 31 agosto c.a.

Nelle colonne vengono segnalate i casi con un numero, l'età, il genere, la data d'ingresso ed uscita dalla comunità, la relativa durata in giorni del percorso e la sostanza di abuso. Nella colonna "motivo" viene indi-

cato se il programma è stato concluso nei tempi previsti dal Contratto di Cura oppure se la persona ha abbandonato prima del termine. La colonna "adesione" indica la qualità della partecipazione al percorso: buona, discreta e scarsa. Questa valutazione comprende tutti gli aspetti della vita comunitaria, focalizzandosi in particolare sulla partecipazione attiva ai gruppi terapeutici, alla modalità di relazione con gli altri residenti ed all'impegno nella vita comunitaria (lavori al piano, gestione del tempo libero, contributi e capacità di ascolto nei momenti di gruppo allargati come l'incontro del mattino e della sera e le riunioni straordinarie). La colonna "invio" segnala se la persona ha accettato di proseguire la frequentazione dei gruppi di auto aiuto territoriali (AA e CAT) dopo la fine della permanenza in comunità. La colonna di "follow up" riferisce la situazione della persona al 31 agosto c.a. Dalla Tabella 1 si evince che 8 utenti su 12 hanno terminato il percorso con una buona/discreta adesione. La messa a punto dell'"aftercare" ha funzionato creando in tal modo una buona connessione con la rete alcolologica territoriale. Naturalmente i casi sono ancora pochi e va implementato il campione. Inoltre andrebbe indagato l'impatto dei costi socio-sanitari e il funzionamento socio-lavorativo confrontando percorsi residenziali tradizionali e percorsi intensivi brevi con anche le degenze medie effettuate in regime di ricovero sanitario.

Osservazioni conclusive

I programmi residenziali alcolologici brevi integrati con interventi sanitari di detossificazione e stabilizzazione del "craving" presentano vantaggi in termini di costi/benefici. La riduzione dei tempi di degenza rappresenta un importante vantaggio sia per la possibilità di abbattere le liste di attesa per i ricoveri sia per iniziare un percorso riabilitativo alcolologico mirato in ambienti più stimolanti e arricchiti. Il percorso residenziale ha la caratteristica di essere dedicato e specifico per il disturbo da uso di alcol e articolarsi in modo intensivo. L'opportunità di pianificare un "continuum" con il territorio dopo il percorso residenziale ci mette nelle condizioni di implementare la rete alcolologica di sostegno; permette inoltre una forte integrazione fra Servizio Sanitario Pubblico, Terzo Settore e Gruppi AMA. Alcuni studi evidenziano una maggiore efficacia degli interventi in cui l'integrazione fra residenziale e territoriale è pianificata in un processo di continuità (McKay, 2002). Studi sugli esiti di questi interventi nel medio e lungo termine sul funzionamento socio-relazionale-lavorativo sarebbero importanti per rimodulare e migliorare la risposta terapeutica per i disturbi da uso di alcol.

Tabella 1

CASI	Età	Genere	Sostanza	Ingresso	Uscita	Motivo	Durata	Adesione	Invio	Follow up
1	50	f	alc coc	24/03/21	16/04/21	termine	23	discreta		astinente, controlli alla UOS di alcologia
2	33	f	alc	15/04/21	03/06/21	termine	49	discreta	CAT	astinente, controlli Alla UOS di Alcologia, freq discontinua CAT
3	53	f	alc	19/04/21	24/04/21	abbandono	5	scarsa		astinente
4	59	f	alc	28/04/21	28/06/21	termine	61	buona	CAT	astinente, controlli alla UOS di Alcologia, frequenta CAT
5	57	f	alc	20/05/21	21/06/21	termine	32	buona	AA	astinente, controlli alla UOS di Alcologia, frequenta AA
6	32	m	alc	03/06/21	25/06/21	abbandono	22	discreta	CAT	ricaduto
7	64	m	alc coc	16/06/21	25/06/21	abbandono	9	scarsa		astinente, controlli alla UOS di Alcologia
8	30	m	alc coc	30/08/21	28/09/21	termine	30	buona		astinente, controlli alla UOS di Alcologia
9	46	m	alc	23/08/22	06/10/22	termine	44	discreta	AA	
10	42	m	alc	14/03/23	14/04/23	termine	31	buona	CAT	
11	39	f	alc	12/04/23	12/06/23	termine	31	buona		
12	35	m	alc	09/08/23	11/08/23	abbandono	2	scarsa		

Allegato 1

Contratto di cura

Diagnosi	diagnosi e problematiche principali
Obiettivi	disintossicazione in ambito sanitario
	inserimento in comunità per la gestione delle problematiche alcol correlate
	data della prima verifica
	programmazione delle rete di sostegno dopo il percorso
	data verifica fine residenzialità
Impegni	dell'utente
	durante il periodo di disintossicazione
	durante la permanenza in comunità:
	partecipare attivamente al percorso terapeutico rispettando regole, ritmi, attività, prescrizioni farmacologiche e psicoeducative
	partecipare ai gruppi di auto aiuto di appartenenza o territoriali (AA, CAT)
	mantenere il rapporto con il proprio medico curante
	mantenere i rapporti con il proprio SerD di appartenenza
	dell'equipe di riferimento
	calendarizzazione verifiche in residenzialità e successive
	predisposizione della prosecuzione del programma di cura dopo la residenzialità (rete alcologica territoriale)
	dei familiari (o figure significative)
	accompagnare il loro familiare il giorno del ricovero in casa di cura ed il giorno dell'ingresso in comunità
	accompagnare il loro familiare ai gruppi di auto aiuto territoriali o di appartenenza e partecipare ad essi (AA, CAT, Alanon)
	partecipare attivamente al percorso terapeutico per quanto si prevede per loro
Piano delle crisi	impegni dell'utente:
	accettare il contenimento da parte degli educatori
	interventi dell'equipe di riferimento:
	colloquio con l'utente e attivazione strategie di contenimento
	predisposizione terapia farmacologica ed eventuale ricovero ospedaliero
	ruolo dei familiari:
	supportare l'operato dell'equipe di riferimento

Sottoscrivono il presente contratto di cura:

Data:

allegato n° alla "PROCEDURA - MODULO ALCOLOGICO BREVE INTENSIVO" (MAB)

DU 3942P di Parma Rev. 00 Dic. 17-11-2021

SCHEDA MODULO ALCOLOGICO BREVE INTENSIVO
RICOVERO IN AMBITO SANITARIO- MODULO ALCOLOGICO BREVE RESIDENZIALE - TRATTAMENTO "AFTERCARE"
 DAI SH-DP di Parma

Nome e Cognome utente: _____
 Luogo di nascita _____
 Data di nascita _____
 Residenza _____
 Paziente in Carico No Si Servizio Territoriale CSM SER.D NPIA
 Unità Operativa _____
 Psichiatra referente _____

Orientamento Diagnostico- Notezze anamnestiche rilevanti - Problematiche internistiche rilevanti
 Disturbo correlato all'uso di alcol _____

Ricovero in ambito sanitario MAX 30 GG
 Ingresso in data _____ dimissioni in data _____

Module Alcolico Breve Residenziale MAX 60 GG
 Ingresso in data _____ dimissioni in data _____

Programmazione Trattamento "Aftercare" (appuntamenti alle dimissioni)
 SerD inviante _____
 Informativa MMG _____
 Gruppi Auto-Mutuo-Aiuto _____

Terapia farmacologica alle dimissioni ricovero _____

Terapia farmacologica alle dimissioni MODULO ALCOLOGICO BREVE RESIDENZIALE _____

Data _____ Timbro e Firma equipe Ser.D di riferimento _____

MATTINO	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
colazione							
assunzione terapia farmacologica (secondo schema medico: specifico, per il craving, disulfiram)							
IDM (incontro del mattino con tutti gli ospiti)							
lavoro nei settori (in collaborazione con gli altri ospiti)							
pranzo							
PCMPERAGGIO							
esenzione terapia farmacologica							
colazione di accompagnamento e verifica percorso							
lavoro individuale di elaborazione di un breve testo di riflessione - frase del giorno al martedì, dopo la prima visita con la psichiatra, compilazione questionario CTQ							
Seminario di animazione alla serietà (specie negli altri servizi COD ALCO)							
Seminario di animazione alla serietà (specie negli altri servizi COD ALCO)							
Gruppo Multifamiliare (anche con gli altri servizi COD ALCO) con le partecipazioni dei parenti							
Gruppo "Chi è con te" (ricoverato con gruppo di integrazione nazionale vocato)							
Gruppo di elaborazione freudiana, specie anche agli altri ospiti							
Laboratorio creativo, specie anche agli altri ospiti							
Visita carceri o uscita di gruppo							
attività fisica - almeno mezz'ora							
tempo dedicato alla cura della persona							
IDC (incontro della sera con tutti gli ospiti)							
CENA							
esenzione terapia farmacologica							
tempo libero							
partecipazione 1 ora a settimana al gruppo di auto aiuto di appartenenza o di zona con i familiari (CAT, AA / Al-Anon)							

Bibliografia

Bertelè L (1995). *Il tuo corpo ti parla*. Milano: Baldini e Castoldi Dalai);

Carol KM (2001). *Il trattamento della dipendenza da cocaina, NIDA. Trad. it. Consoli A (a cura di)*. Torino: Centro Scientifico Editore;

Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR (2001). *A longitudinal model of intake symptomatology. AA participation and out come: retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples*. J. Stud. Alcohol; 62: 817-25;

Cuneyt E. et Al. *Validation Study of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in male Alcohol - Dependent Patients*. Journal of Psychiatry and Neurological Science: pag 219-228;

Greenfield SF, Hennesy G. (2006). *Valutazione del paziente in trattamento per disturbi da sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione Galanter M. Kleber HD (milano): Masson pp. 101-18;*

Hinnenthal I, Manera E., Gallo S et al (2006). *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga. Vago di Lagno (VR): La grafica: pp.385-98;*

Humphreys K, Wing S., McCarty D (2003). *Self-help organization for alcohol and drug problems: towards evidence-based practice and policy. Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations*.

Kelly GA (1955). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina Editori;

Marlat GA, Barrell K (1998). *La prevenzione delle ricadute: In: Galanter M. Kleber HD. Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Edizioni Masson;

McKay JR, Donovan DM, McLellan T et al (2002). *Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of public fonde substance abusers in Washington state*. Am. J. Drug Alcohol Abuse; 28: 307-38;

Verheul R., Van Den Brink W, Geerlings P. (1999). *A three pathways psychological model of craving for alcohol*. Alchol Alcohol; 34: 197-222

Area tematica 3 "COMORBILITÀ" INTERNISTICO INFETTIVOLOGICA

3.1

SCREENING REGIONALE PER HCV: L'ESPERIENZA PRESSO IL SERT DI CARATE BRIANZA NEL PRIMO SEMESTRE 2023

Cesari M.*^[1], Caruso A.^[1], Barbato M.R.^[1], Maisto T.^[1], Simionato C.^[1], Tieghi E.^[1], Fortuna P.^[2], Soria A.^[3], Bonaffini L.^[3], Bramani Araldi M.^[1]

^[1]Sert di Carate Brianza, SC Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Brianza ~ Carate Brianza ~ Italy,

^[2]Sert di Monza, ASST Brianza ~ Monza ~ Italy,

^[3]Unità Operativa di Malattie Infettive, Ospedale San Gerardo, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza ~ Monza ~ Italy

Sottotitolo: L'importanza di diagnosi e trattamento dell'infezione da HCV in contesti ad alto rischio è riconosciuta.

Presso il nostro servizio nel primo semestre del 2023 l'attività di screening è stata implementata rispetto allo scorso anno e di seguito vengono riportati i dati raccolti, insieme ad alcune riflessioni in merito e prospettive di miglioramento.

Testo Abstract:

Introduzione

L'epatite C cronica è un'infezione che decorre a lungo asintomatica, ma è la principale causa di cirrosi e di epatocarcinoma in Italia.

Si calcola che nel nostro Paese l'infezione da HCV interessi una percentuale di popolazione compresa tra l'1% e l'1,5% e che in Lombardia i soggetti HCV positivi siano circa 150.000.

In molti casi l'infezione rimane non diagnosticata, con comprensibili risvolti sulla salute individuale e pubblica. Nei Paesi Sviluppati si ritiene che la principale via di

trasmissione di HCV sia legata all'uso iniettivo di sostanze stupefacenti e che l'infezione sia endemica in tali soggetti (People Who Inject Drugs).

In particolare circa l'80% delle nuove infezioni da HCV e circa il 60% delle infezioni da HCV avviene in tale popolazione (1,2). Si calcola inoltre che nei primi 3 anni dal contagio ogni soggetto PWID possa infettare circa altri 20 individui. (3,4).

La popolazione PWID inoltre presenta spesso ulteriori fattori di rischio, tra cui in primis l'abuso di alcol, in grado di influenzare negativamente la storia naturale dell'epatopatia e l'evoluzione fibrotica.

Risulta pertanto fondamentale, sia in termine di salute individuale che pubblica, avviare tali soggetti il più celermente possibile a terapie che possano eradicare l'infezione.

In passato i soggetti con dipendenze hanno avuto minor accesso alle cure basate su regimi interferonici per diverse ragioni (controindicazioni specifiche, scarsa compliance, complessità del trattamento, bassa efficacia in alcuni genotipi). D'altro canto la recente introduzione di regimi terapeutici basati su agenti antivirali ad azione diretta, ad azione pangenotipica ed assunti oralmente, ha rivoluzionato le possibilità di cura dei pazienti affetti da infezione da HCV in termini di efficacia e tollerabilità. Tali trattamenti, assunti per 8-12 settimane, risultano infatti ben tollerati e in grado di eradicare l'infezione in una percentuale di soggetti superiore al 95%.

Risulta pertanto strategico e fondamentale ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici per estendere le possibilità di cura nella popolazione e ancor più nei setting ad alta prevalenza (servizi di cura delle dipendenze, istituti penitenziari).

Il decreto legge 162, recepito dal Decreto Milleproroghe del 28.02.2020 e dalla Conferenza Stato Regioni del 17.12.2020, ha portato alla definizione di percorsi diagnostici e di cura regionali e locali (PDTA: percorso diagnostico terapeutico assistenziale lombardo) in accordo a linee di indirizzo nazionali.

L'avvio di attività di screening nei servizi (Point of Care Test) e la possibilità recentemente acquisita di prescrizione ed erogazione dei farmaci DAAs direttamente in sede (autorizzazione del 14.03.2022) sono interventi importanti tesi a raggiungere tale obiettivi.

Metodi

Presso il SerT di Carate Brianza lo screening per HCV viene offerto a tutti i soggetti afferenti, includendo sia i pazienti che si rivolgono al servizio per un consumo attivo di sostanze (TD) sia coloro che giungono per motivi legali.

Nella campagna di screening sono stati inclusi:

- i nuovi pazienti
- i soggetti già in carico di cui non si era in possesso di dati sierologici o che non si sottoponevano a controlli da almeno un anno.

Lo screening è stato effettuato in sede tramite esecuzione di test rapido su sangue capillare eseguibile senza appuntamento o tramite prelievo venoso programmato in sede secondo le modalità vigenti (due giornate a settimana prestabilite per max 2 ore).

Nei soggetti che si sono sottoposti a prelievo venoso lo screening sierologico è stato allargato alla ricerca delle patologie correlate al consumo di sostanze (HIV, HBV, lue).

I soggetti risultati positivi per HCVAb sono stati inviati per effettuare adeguato approfondimento tramite prelievo venoso con ricerca di HCV RNA presso l'Unità Operativa Malattie Infettive, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, con cui è in atto una cooperazione consolidata che prevede possibilità di invio diretto da parte del medico del SerT. I soggetti con infezione da HCV confermata sono avviati a trattamento con DAAs presso l'UO di Malattie Infettive.

Ad oggi risulta ancora in fase di costruzione la possibilità di avere direttamente in sede la conferma di infezione utilizzando test rapidi per ricerca di HCV RNA (in attesa dell'acquisto di tali test dopo gara regionale), così come di prescrivere e dispensare direttamente la terapia antivirale presso il nostro Servizio nei casi a bassa compliance.

Risultati

POPOLAZIONE TARGET

Dal 01/01/2023 al 30/06/2023 è stato proposto a 147 soggetti di sottoporsi a screening per HCV.

La proposta di screening è stata equamente distribuita tra soggetti già in carico ($71/147 = 48\%$) e nuovi accessi ($76/147 = 52\%$).

La maggioranza dei pazienti inclusi sono stati soggetti che si rivolgevano al servizio con diagnosi provvisoria di DUS (Disturbo da Uso di sostanze) ($132/147 = 90\%$). 15 (10%) sono stati invece i soggetti screenati che giungevano al SerT per motivi legali.

L'età media della popolazione target è risultata pari a 40 anni (minima 18, massima 67), ed i pazienti sono risultati prevalentemente maschi ($133/147=90\%$).

29 soggetti riferivano uso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (PWID $29/147= 20\%$).

Soggetti sottoposti a screening

Quasi tutti i soggetti ($142/147 = 97\%$) hanno accettato di sottoporsi a screening che è avvenuto tramite:

- test rapido su sangue capillare in $111/142$ pazienti (78%)
- prelievo venoso in sede in $31/142$ pazienti (22%)

Tra i soggetti che hanno declinato la proposta di sottoporsi alle indagini, 4 appartenevano al gruppo TD, 1 proveniva dal gruppo Commissione Patenti.

Tra i soggetti testati $141/142$ sono risultati validi. 2 pazienti che hanno rifiutato lo screening e il soggetto in cui è stato rilevato un risultato non valido avevano fattori di rischio maggiori (PWID); 2 di essi appartenevano al gruppo TD, 1 giungeva per accertamenti richiesti dalla Commissione Patenti.

Soggetti con riscontro di HCV Ab positività

12 pazienti dei 141 testati con risultato valido (8.5%) sono risultati positivi per HCVAb: 3 sono stati rilevati tramite prelievo venoso (3/31 prelievi), 9 tramite test rapido su sangue capillare (9/110 test rapidi) (Grafico 1).

Tra essi la maggior parte erano maschi (10/12), rispecchiando la proporzione M/F osservata nella popolazione target.

Tutti i soggetti in cui è stata riscontrata positività per HCV Ab appartenevano al gruppo TD, mentre nessun soggetto che si rivolgeva al servizio per problemi legali è risultato positivo allo screening.

Nel gruppo di pazienti TD la prevalenza rilevata di positività per HCV Ab è risultata pari al 9% ($12/127$). La percentuale di positività nel gruppo di soggetti PWID ha raggiunto il valore del 35% ($9/26$ pazienti) (Grafico 2).

La quota di soggetti PWID tra i positivi ($9/12 = 75\%$) è risultata sensibilmente maggiore rispetto a quella presente nella popolazione target ($29/147 = 20\%$) (Grafico 3).

11 pazienti su 12 sono stati sottoposti a test di conferma tramite ricerca di HCV RNA presso Malattie Infettive di Monza su prelievo venoso e in 4 soggetti è stata confermata la presenza di infezione attiva. Tutti i pazienti risultati positivi hanno avviato terapia con DAAs.

Discussione

L'attività di screening nel corso del primo semestre del 2023 presso il nostro Servizio è nettamente incrementata (circa 50%) rispetto l'anno precedente.

La sensibilizzazione degli utenti attraverso appositi strumenti informativi (materiale specifico, counseling, esperienze di altri utenti) così come la motivazione degli operatori attraverso momenti di formazione e confronto, hanno permesso di aumentare l'attenzione verso tale problematica.

La disponibilità dei test rapidi ha permesso di raggiun-

gere agevolmente fasce di popolazione altrimenti più difficilmente sottoponibili a screening attraverso prelievi ematici in soggetti con scarsa reperibilità venosa o in cui la compliance ad interventi da programmare risulta più ardua.

In particolare nel nostro SerT il 78% dell'attività di screening è stata effettuata tramite test capillare e il 22% tramite prelievo venoso.

La prevalenza di consumatori di sostanze per via iniettiva attuale o pregressa nella nostra popolazione è risultata pari al 20%, la maggior parte dei pazienti intercettati riferiva infatti consumo di sostanze per via respiratoria e una quota dei soggetti arruolati giungeva per motivi legali.

Questo dato può probabilmente spiegare come mai la prevalenza di HCVAb positività tra i nostri pazienti sia risultata più bassa (8.5%) rispetto ad altri contesti.

Anche nel nostro osservatorio l'uso iniettivo di sostanze attuale o pregresso risulta un forte fattore di rischio. Infatti tra i soggetti HCVAb positivi allo screening la percentuale di PWID si conferma sensibilmente maggiore rispetto alla popolazione screenata (75% vs 20%).

Solo il 36% dei soggetti HCVAb positivi è risultato avere un'infezione attiva (4/11= 36%).

Tale dato risulta sensibilmente inferiore a quanto atteso in base ai dati della letteratura che stima la probabilità di cronicizzazione a circa l'85% dei casi (5). Ciò potrebbe dipendere da una parte dall'esiguità del campione, dall'altra da precedenti trattamenti eradicanti l'infezione.

Su 11 soggetti HCVAb positivi pertanto 2 sono soggetti che hanno già eradicato l'infezione tramite precedente trattamento, e delle 9 nuove positività individuate, 4 hanno confermato l'infezione attiva (4/9= 44%), e 5 (5/9 =56%) clearance spontanea del virus.

Conclusioni

Per concludere, l'uso su larga scala di test rapidi per HCVAb risulta uno strumento fondamentale nell'implementare lo screening dell'infezione da HCV in contesti ad alto rischio e lavorare sull'obiettivo della sua eradicazione. A tale fine risulta strategico proseguire nella costruzione di percorsi facilitati che includano anche la possibilità di effettuare accertamenti e avviare le cure antivirali presso i SerT.

Risulta tuttavia importante mantenere elevata anche l'attenzione verso altre patologie correlate (HIV, HBV, lue). L'utilizzo dei test rapidi per HCV su sangue capillare potrebbe infatti portare parte degli utenti a sottovalutare l'importanza di completare le indagini tramite effettuazione periodica di test per tali condizioni.

La proposta del servizio potrebbe essere quella di

introdurre nelle prossime fasi di screening un'osservazione pilota in cui associare all'utilizzo dei test rapidi per HCV anche quello di test rapidi per HIV.

Inoltre, soprattutto per i soggetti meno complianti che effettueranno trattamento con DAAs presso il SerT con possibilità di eradicazione dell'infezione, risulterà importante mantenere elevata l'attenzione rispetto alla sorveglianza nel tempo per HCC.

Se da una parte i DAAs modificano infatti la storia naturale dell'infezione e ne riducono drasticamente progressione e complicanze, tuttavia i pazienti, nonostante l'eradicazione virale, continuano ad avere un rischio residuo di sviluppare HCC (6). Oltre ai soggetti con fibrosi o cirrosi avanzata rimangono a rischio e hanno pertanto indicazione a proseguire il follow-up specialistico epatologico anche i pazienti con comorbidità basali (sindrome metabolica, obesità, steatosi epatica, abuso alcolico, sovraccarico marziale, autoimmunità, coinfezioni virali), i pazienti con manifestazioni extraepatiche, e i pazienti con fibrosi F3-F4 basale preterapia.

Gráfico 1. Risultati dello screening per HCV su 141 soggetti

- 110 hanno effettuato screening su sangue capillare; 9 sono risultati positivi, 101 negativi
- 31 hanno eseguito prelievo ematico; 3 pazienti sono risultati positivi, 28 negativi

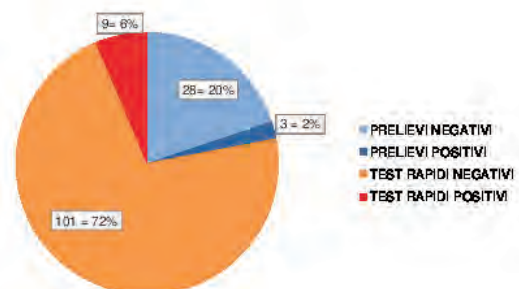


Gráfico 2. Prevalenza di positività per HCVAb in diversi gruppi

- tra i soggetti screenati (12/141= 8,5%)
- nei soggetti con problemi legali (0/14= 0%)
- nel gruppo di soggetti utilizzatori di sostanze (TD) (12/127= 9%)
- nella coorte di soggetti con uso iniettivo (PWID) (9/26= 35%)

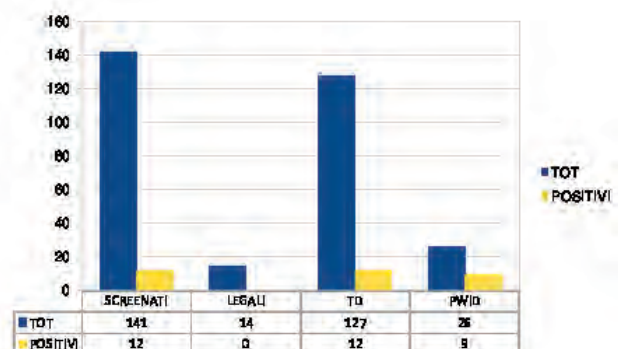
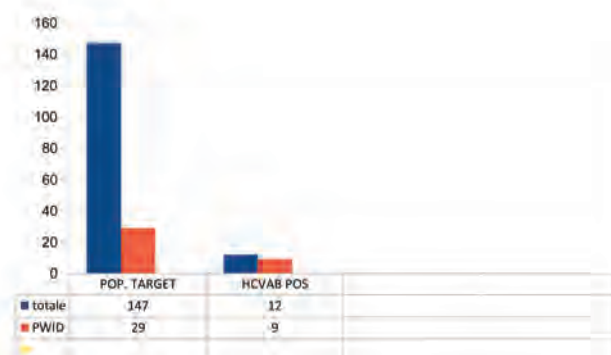


Grafico 3. Rilievo del fattore di rischio PWID tra i soggetti HCVAb positivi e nella popolazione target:

- 29 PWID/147 nella popolazione target (20%)

- 9 PWID /12 tra i soggetti HCVAb positivi(75%)



Bibliografia

1. Grebely J, et al. *Antiviral Res* 2014; 104:62-72.
2. ECDC Annual Epidemiological Report 2016. Available at <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-c-annual-epidemiological-report-2016-2014-data>
3. Viral Hepatitis- - A very real consequence of Substance Abuse. Available at: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/viral-hepatitis-very-real-consequence-substance-use>.
4. Magiorkinis G et al. *Plos Comput Biol*, 2013. 9(1): 90e1002879
5. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. Epatite C
6. Nuovi modelli predittivi per il carcinoma epatocellulare (HCC), dopo il trattamento con successo del virus dell'epatite C. EASL - ILC2020, 27 Agosto

3.2

LA POCUS AL SERD: PROGETTO PILOTA PER LA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SULLA PRATICA CLINICA

Rizzardi N.*^[1], Daffini L.^[1], Colombi R.^[1], Marchese C.^[1], Morina A.^[1], Berlinghieri A.^[1], Campana M.^[1]

^[1]ASST Bergamo Est / S.C. delle Dipendenze / SerD. ~
Lovere ~ Italy

Sottotitolo: L'introduzione di una metodologia diagnostica a basso costo e di rapida esecuzione nel setting dell'ambulatorio delle dipendenze può migliorare l'approccio alle comorbilità internistiche nei pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze e gioco d'azzardo patologico?

Testo Abstract

Con l'acronimo POCUS (point of care ultrasound) si intende un'ecografia effettuata a livello ambulatoriale, anche da un medico non specialista in radiologia, mediante l'impiego di strumentazione ecografica preferibilmente di dimensioni contenute (smartphone-sized, tablet-sized, sonda wired-usb o wireless), caratterizzata dalla possibilità di approfondire segni/sintomi non esplorabili adeguatamente mediante la semeiotica classica, notizie anamnestiche o anomalie rilevate agli esami ematochimici.

Presso il SerD di Lovere (S.C. delle Dipendenze – ASST Bergamo Est), nell'arco di 10 mesi (Novembre 2022 – Agosto 2023) è stato condotto un progetto pilota per valutare l'impatto della POCUS nella gestione clinica dei pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) o Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) associato ad abuso di sostanze o tabagismo.

Le ecografie sono state eseguite mediante ecografo palmare smartphone-sized, dotato di due trasduttori (phased array cardiaco e lineare) del 2016. I settings in base al distretto corporeo da sottoporre ad indagine erano già preimpostati dal costruttore, con la possibilità di variare gain e profondità. Non è stata impiegata la modalità color Doppler in quanto non necessaria ai fini della POCUS, lo strumento non disponeva di modalità "Doppler pulsato". L'ecografo, tramite docking sta-

tion, ha consentito archiviazione delle immagini ecografiche direttamente nel fascicolo sanitario elettronico del paziente, in uso presso il SerD.

Sono state effettuate 51 valutazioni ecografiche su 33 pazienti complessivamente (6 femmine e 27 maschi), con età media di 54 anni (minima 25 e massima 76). 18 pazienti (pz) erano stati presi in carico dal servizio per Disturbo da Uso di Alcol e 14 per Disturbo da Uso di Sostanze (eroina 12 pz, cocaina 13 pz, cannabinoidi 3 pz, MDPV 1 pz, farmacodipendenza 2 pz). I pazienti che presentavano tabagismo attivo erano 14, una di queste era stata presa in carico per Gioco d'Azzardo Patologico.

L'esplorazione dei distretti corporei ha riguardato per diciannove pazienti un solo distretto, per dieci pazienti due distretti e per quattro pazienti tre distretti.

Le indicazioni cliniche per effettuare l'approfondimento ecografico sono state di otto tipologie: Disturbo da Uso di Alcol, tabagismo o rischio cardiovascolare medio/alto (secondo score ESC), alterazione del dosaggio del TSH o riferito distiroidismo, semeiotica polmonare patologica, semeiotica cardiologica patologica, positività per HCV, addominalgia, accesso venoso periferico difficile in PWID (difficult intravenous access - DIVA).

In base al distretto esplorato sono state effettuate le seguenti ecografie: 9 tiroidee, 20 carotidiche, 8 epatiche, 5 toraciche, 3 cardiache, 2 addominali, e 4 prelievi venosi ecoguidati.

Di queste ecografie 42 non erano mai state effettuate dal paziente prima di allora e sono state la prima indagine strumentale di un percorso che ha portato ad effettuare 33 nuove diagnosi.

Sono stati inoltre effettuati 4 prelievi venosi ecoguidati per esami ematici in pazienti PWID con DIVA, due di questi pazienti, in precedenza, venivano inviati al centro prelievi dell'Ospedale di Lovere dove veniva effettuato il prelievo da parte dell'anestesista di guardia mentre gli altri due si sono sempre rifiutati di eseguire esami ematochimici per il timore di provare dolore a causa di ripetuti tentativi fallimentari di reperimento dell'accesso venoso (Figura 1).

In 28 casi sono state fornite indicazioni per effettuare approfondimenti clinici o radiologici di secondo livello che sono stati ad oggi eseguiti in 19 casi.

Le nuove diagnosi effettuate, in base al distretto esplorato, sono state:

Ecografia tiroide: 3 tiroiditi croniche (2 con presenza di noduli tiroidei); 1 Morbo di Basedow; 1 gozzo multinodulare.

Ecografia carotidea: 5 casi di ispessimento miointimale, 11 rilevamenti di placche carotidiche delle quali 3 con stenosi superiore al 40%.

Ecografia epatica: 2 steatosi epatiche e 2 cirrosi epatiche.

Ecografia del torace: le 5 effettuate hanno dato i seguenti risultati: 1 normale, 1 sospetta lesione pleurica (rx torace negativo, richiesta TC torace), 1 minimo versamento pleurico alla base destra in noto cardiopatico, 1 interstiziopatia localizzata in corso di accertamento e 1 interstiziopatia diffusa (confermata dalla TC torace).

Ecografia cardiaca: 1 versamento pericardico non significativo, 2 sospette stenosi valvolari aortiche confermate all'ecocardiografia di controllo delle quali una dovuta a bicuspidia aortica.

Ecografia addome per addominalgia: 1 virosi gastrointestinale risolta con terapia sintomatica e 1 calcolosi colecistica complicata, esitata in ricovero ospedaliero (reparto di Chirurgia).

Sette degli esami effettuati su fegato o tiroide, sono stati eseguiti come controllo di condizioni cliniche già note e sono stati rilevati quadri ecografici sovrapponibili agli accertamenti effettuati in precedenza. Non sono stati pertanto richiesti approfondimenti diagnostici.

In seguito alle diagnosi effettuate alcuni pazienti sono stati presi in carico da centri specialistici, introdotta nuova terapia o impostato monitoraggio clinico/strumentale. In particolare il paziente a cui è stato diagnosticato il Morbo di Basedow è stato preso in carico dall'ambulatorio endocrinologico dell'ASST di competenza ed è stata impostata terapia con tapazole e follow clinico/strumentale, al paziente, a cui è stato diagnosticato un nodulo con vascolarizzazione parziale intranodulare, è stato impostato monitoraggio ecografico.

Ai pazienti affetti da ateromasia carotidea con placche calcifiche è stata posta indicazione a monitoraggio ecografico ed introduzione terapia con cardioaspirina ed antiaggregante e, ad oggi, 5 di loro hanno confermato inizio terapia.

I pazienti affetti da epatopatia (steatosi e cirrosi) è stato impostato monitoraggio clinico ed ecografico.

Uno di questi pazienti, risultato positivo alla ricerca dell'HCV-RNA, è stato indirizzato al centro epatologico di riferimento (dott.ssa Carderi – Ambulatorio epatologico Ospedale di Lovere) per effettuare terapia con DAA.

Ai due pazienti affetti da stenosi valvolare aortica è stata modificata terapia cardiologica ed impostato monitoraggio ecografico.

Casi clinici

Primo caso

Paziente maschio nato nel 1947, noto al servizio dall'età di 57 anni (2004), varie prese in carico per disturbo da uso di alcol trattato con naltrexone e paroxetina, pregressi cicli di assunzione di disulfiram nei periodi di astensione dall'uso. Frequenti recidive con episodi di aggressività verbale, in particolare con la moglie e disorientamento spaziotemporale. Alla sospensione dell'assunzione di alcolici seguivano alcuni giorni di gastralgia, inappetenza e deflessione del tono dell'umore.

Alla valutazione medica presentava assenza di motivazione all'astensione dall'uso di alcolici, nullo insight di patologia ed assenza di frattura interiore. All'esame obiettivo si rilevava ipertensione arteriosa (180/100 mmHg) in assenza di terapia (prescritto enalapril 20 mg 1 cp al mattino). Impostata terapia con paroxetina 20 mg/die per deflessione del tono dell'umore. All'esame obiettivo si evidenziava soffio sistolico 4/6 sul focolaio aortico, restanti reperti nei limiti di norma.

Veniva eseguita POCUS su 3 distretti (Figura 2):

- Ecografia delle carotidi: placca calcifica alla biforcazione/ACI bilateralmente.
- Ecocardiografia: segni di ipertrofia miocardica, stenosi calcifica valvola aortica, non versamento pericardico.
- Ecografia epatica: epatopatia cronica steatosica, assenza versamento libero in addome. A seguito della POCUS venivano richiesti i seguenti approfondimenti di secondo livello:
 - TC encefalo: "modesti segni di vasculopatia cerebrale".
 - Ecocolor Doppler tronchi sovraaortici: "stenosi calcifica bulbo/ACI dx 45-50%; stenosi calcifica bulbo/ACI sx 60-65%. In visione TC, consigliata terapia con ASA 100 mg/die. Prescritto monitoraggio ecografico semestrale".
 - Visita cardiologica ed ecocardiocolor Doppler: "ipertrofia settale lieve e stenosi valvolare aortica lieve. Indicazione a monitoraggio pressorio e controlli cardiologici annuali".

Dopo circa 40 giorni il paziente ritornava in visita di controllo presso il SerD recando con se gli accertamenti effettuati. Si presentava in ordine, eutimico in assenza di segni/sintomi di astinenza o intossicazio-

ne. Riferiva di essere astinente dall'uso di alcolici, presentava maggior insight di patologia, incrementata motivazione all'astinenza e maggior cura di sé: tali risultati sono stati raggiunti grazie agli accertamenti effettuati a partire dall'applicazione della POCUS, che hanno permesso di evidenziare un quadro clinico maggiormente compromesso rispetto all'immagine che il paziente aveva di sé. Il monitoraggio tossicologico effettuato non mostra, ad oggi, recidiva d'uso di alcolici.

Secondo caso

Paziente di 51 anni noto al servizio dal 1998 per disturbo da uso di oppiacei in terapia con levometadone (rare ricadute), disturbo da uso di cocaina moderato con uso endovenoso attivo saltuario. Abuso di alcolici occasionale con episodi di binge drinking. Fumatore attivo dal 1990, esposizione attuale di circa 20 pacchetti/anno. In cura presso il CPS di Lovere per disturbo di personalità borderline e disturbo bipolare. Il paziente presentava, da almeno una decina d'anni, clubbing digitale (Figura 3), per il quale aveva effettuato numerose radiografie del torace, senza il riscontro di alterazioni patologiche.

Riferiva lieve dispnea da sforzo insorta da circa 2 mesi (salire le scale).

All'esame obiettivo si evidenziava murmure vescicolare diffusamente aspro, presente su tutti gli ambiti polmonari, non ronchi o rantoli. SpO₂% in aria ambiente: 97%. Si effettuava "six minutes walking test" senza evidenza di desaturazione.

Alla POCUS toracica si evidenziava il seguente quadro ecografico (figura 4):

Linee B presenti su tutti gli ambiti polmonari, confluenti. Linea pleurica diffusamente irregolare. Buona escursione degli emidiaframmi. Non versamento pleurico.

Si richiedeva quindi TC torace a strati sottili con riscontro di: "Diffuso ispessimento dei setti intra ed interlobulari in sede mantellare bilateralmente con aspetto a nido d'ape in quadro di interstiziopatia. Pervie le principali diramazioni bronchiali. Non versamento pleuro-pericardico. Linfonodi reattivi ingranditi si osservano in sede mediastinica ed ilare bilaterale". Si richiedevano prove di funzionalità respiratoria e visita pneumologica, in attesa conclusione iter diagnostico.

Il paziente effettuava una radiografia del torace 3 mesi dopo l'esecuzione della TC torace, in corso di accesso al PS per motivi non pneumologici senza riscontro di alterazioni indicative di interstiziopatia polmonare (Figura 5).

"Non alterazioni parenchimali a focolaio in atto. Modesta accentuazione della trama peribroncovasale

in sede ilo-perilare. Non segni di versamento pleurico. Immagine cardiaca nei limiti".

In questo caso la POCUS ha permesso di evidenziare segni di interstiziopatia polmonare per la quale l'ecografia toracica presenta una sensibilità e specificità nettamente superiore rispetto alla radiografia del torace e di impostare un approfondimento diagnostico fino ad allora mai intrapreso dal paziente.

Terzo caso

Paziente descritto nel caso 2. Giungeva presso il servizio un venerdì mattina riferendo di aver partecipato ad un incontro di chem-sex il fine settimana precedente durante il quale, oltre all'uso di cocaina, ha fatto uso di MDPV, entrambe le sostanze in dosi non quantificabili. Da 3 giorni non usciva di casa, alimentandosi ed idratandosi non adeguatamente. Si presentava intensamente astenico e lamentava addominalgia a livello dell'ipocondrio destro-epigastrio insorta da 2 giorni. Si proponeva visita medica che inizialmente rifiutava in quanto imbarazzato dalle condizioni igieniche, motivo che lo ha trattenuto dal recarsi in pronto soccorso nelle ultime 48 ore. Una volta convinto a sottoporsi a visita medica si rilevava addome dolorabile alla palpazione profonda in ipocondrio destro con McBurney negativo, Blumberg negativo e peristalsi rallentata.

Veniva effettuata POCUS con evidenza di:

Colecisti distesa e completamente occupata da materiale ipoecogeno (sludge biliare), presenza di numerose formazioni litiasiche con cono d'ombra posteriore.

Non liquido libero pericolecistico.

Condotta in PS veniva ricoverato in Chirurgia per colica biliare.

All'ecografia addome veniva riscontrato: "Fegato di volume ai limiti superiori della norma ecostruttura inomogenea e moderatamente iperecogena senza lesioni focali nei segmenti correttamente esplorabili. Colecisti sovradistesa contenente plurimi calcoli calcifici mobili al decubito e discreta quota di bile spessa. Lieve ectasia delle vie biliari intraepatiche specie dell'emistema di sinistra; coledoco ectasico in tutto suo decorso esplorabile a contenuto apparentemente omogeneo". Quadro approfondito mediante TC Addome: "Fegato disomorfico per ridotta rappresentazione del lobo destro e prevalente del lobo sinistro e caudato, a margine finemente policiclico, senza evidenza di noduli o micronoduli.

Colecisti distesa più che di norma a pareti sottili e regolari, a contenuto molto denso come per fango biliare; all'esame TC non sono riconoscibili le plurime formazioni calciose segnalate, ben riconoscibili all'esame ecografico (calcoli radiotrasparenti o mascherati

da fango biliare); epato0coledoco ectasico (mm 11) all'ilo epatico e di calibro concentricamente ridotto allo sbocco in duodeno; lieve ectasia delle vie biliari intraepatiche all'ilo e dell'emisistema di sinistra".

(Figura 6)

Trattato con antibioticoterapia e digiuno, alla dimissione programmato intervento di colecistectomia laparoscopica in elezione.

In quest'ultimo caso la POCUS ha permesso di evidenziare un quadro potenzialmente a rischio di complicanze chirurgiche d'urgenza e di convincere il paziente ad effettuare un accesso in Pronto Soccorso, seguito da ricovero in Chirurgia, che autonomamente non avrebbe mai effettuato in quanto l'imbarazzo per le condizioni igieniche ed il relativo stigma impedivano al paziente di chiedere aiuto, nonostante la sintomatologia presente.

Gli ecografi smartphone-sized e tablet-sized e le nuove sonde wired-usb o wireless, presentano numerosi vantaggi per l'uso point of care all'interno dei SerD rispetto ai classici ecografi carrellati: oltre alle ridotte dimensioni (120 cm vs. 15-30 cm) e peso contenuto (80 kg vs. 0,4-4kg) si caratterizzano per un minor tempo d'accensione (120 sec vs. 20-60 sec.), miglior trasportabilità ed indipendenza dalla rete elettrica.

Questa tipologia di ecografi permette, "al letto del paziente" di integrare il classico esame obiettivo con immagini ecografiche rapidamente producibili al fine di aumentare l'affidabilità clinica, con immediata validazione visiva di quanto viene percepito e udito, ridurre i tempi di attesa per le informazioni cliniche utili per scegliere un percorso terapeutico adatto, garantire un flusso di lavoro efficiente lungo il sistema sanitario per ottenere un risparmio di tempo e di costi ed effettuare procedure invasive con maggior sicurezza.

I seguenti distretti corporei esplorabili in base alla tipologia di sonda sono:

- Sonda settoriale/convex: cuore, polmoni, fegato, colecisti, milza, reni, aorta, ecografia ostetrica, vescica urinaria.
- Sonda lineare: asse carotideo, femorale e popliteo; vene superficiali e profonde, polmoni, tiroide, ecografia osteoarticolare.

L'ecografo utilizzato per effettuare il progetto pilota si interfacciava con la postazione di lavoro tramite una docking station specifica. L'evoluzione della tecnologia ha permesso di progettare ecografi wireless, strutturalmente simili alle classiche sonde degli ecografi carrellati e che si interfacciano, senza l'utilizzo di fili, con tablet o smartphone (costo dai 2500 ai 6500 Euro).

Tali ecografi potranno trovare inoltre spazio d'applicazione in progetti di telemedicina in quanto permettono l'esecuzione dell'esame anche da parte di personale infermieristico adeguatamente formato, in particolare in ambito ambulatoriale, rurale e domiciliare. Il medico ecografista, una volta ricevute le immagini ed i filmati per via telematica, può procedere alla refertazione o, nel caso in cui lo ritenga necessario, prescrivere un'ecografia presso il servizio ospedaliero.

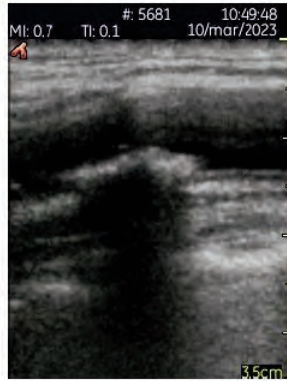
La maggior parte dei pazienti studiati mediante POCUS hanno dichiarato di essersi sentita maggiormente presa in carico da parte del servizio, di aver incrementato la fiducia nell'operatore ed ha manifestato stupore e curiosità per una tecnica d'indagine effettuata mediante uno strumento diagnostico mai visto sia a livello di assistenza primaria che in contesto specialistico.

La POCUS si sta rivelando fondamentale in un numero di setting clinici sempre più ampi grazie ai ridotti tempi di formazione rispetto all'ecografia tradizionale (formazione minima 2 giornate da 8 ore ciascuna), minori tempi di esecuzione e minor costo delle apparecchiature. Nell'ambito dei servizi delle dipendenze tale metodica potrà trovare spazio per svariate applicazioni, non solo all'interno del programma di eliminazione dell'HCV dell'OMS e per prelievi ecoguidati in DIVA, ma soprattutto per permettere la diagnosi precoce di comorbidità e complicanze internistiche dell'uso di stupefacenti in una popolazione che spesso vede il SerD ed i suoi operatori, parafrasando J. Bowlby, una "Base Sicura".

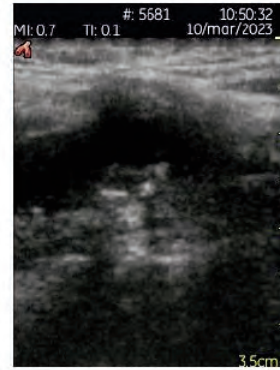


Figura 1: Prelievo venoso ecoguidato in paziente PWID con DIVA

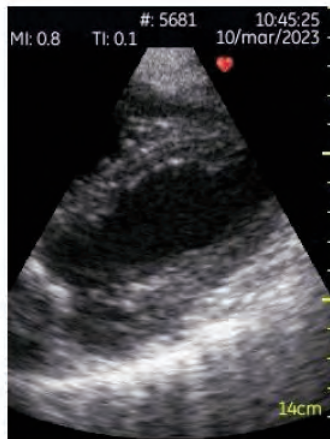
Figura 2: iconografia POCUS



Placca calcifica carotidea dx



Placca calcifica carotidea sx



Ipertrofia miocardica



Ecotessitura epatica stipata ed iperecogena, assenza di liquido libero nello spazio del Morison



Figura 3: Clubbing digitale

Figura 4: Confronto rilievo ecografico con corrispondenti immagini TC torace a strati sottili

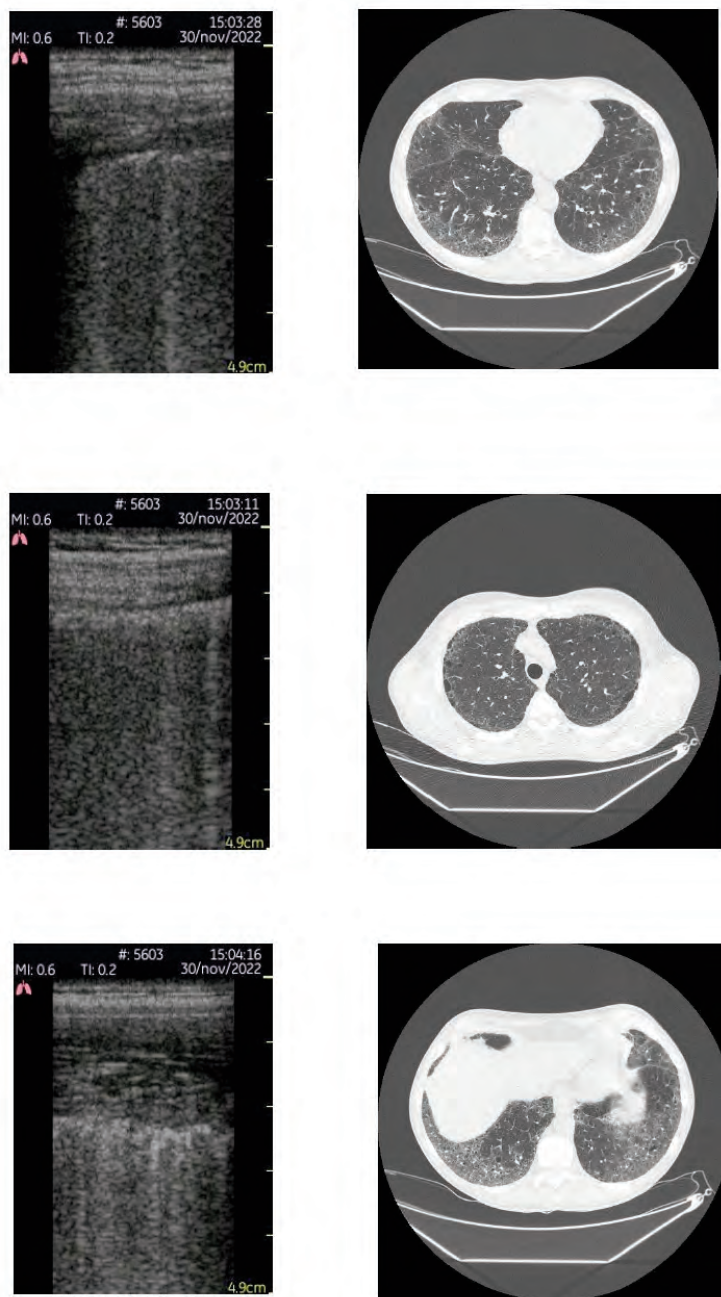


Figura 5: radiografia del torace

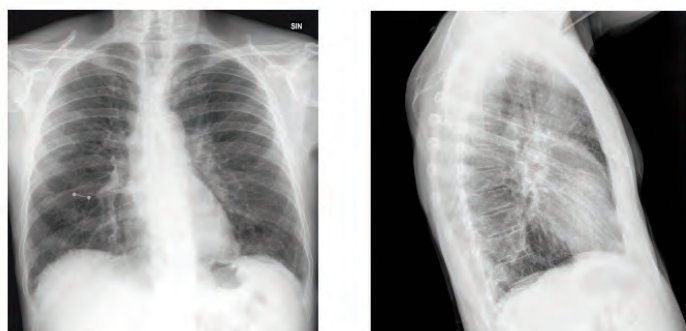
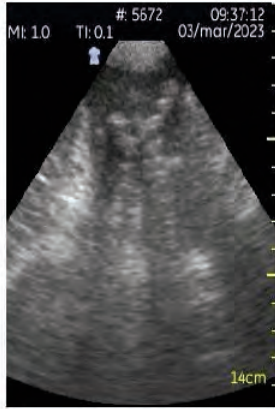
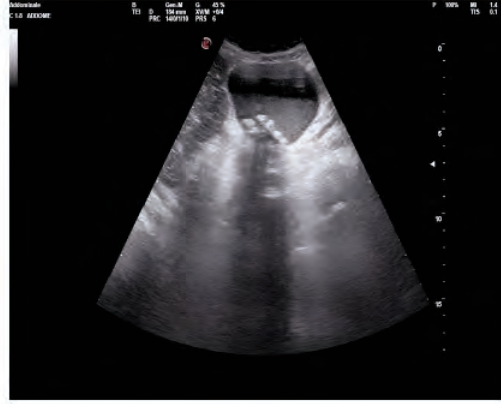


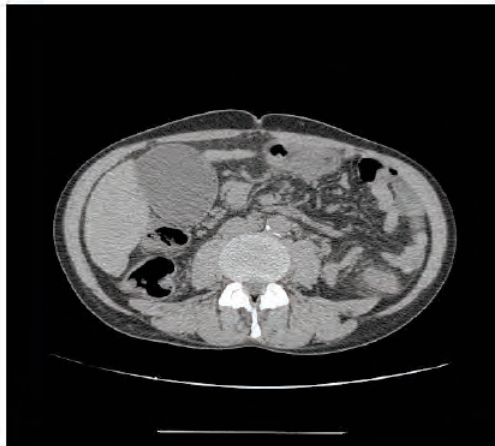
Figura 6: Confronto immagini della colecisti ottenute mediante POCUS, ecografia tradizionale presso PS e TC Addome.



POCUS



Ecografia in PS



TC addome

3.3

STRATEGIE PER AUMENTARE LO SCREENING PER HCV E L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO CON DAAS PRESSO IL POINT OF CARE SERD

Praticò L.*^[1], Marenzi R.^[1], Corbetta A.^[1], Vaiarini M.^[1], Marchina F.^[1], Volonterio A.^[1], Riglietta M.^[1]

^[1]ASST Papa Giovanni XXIII ~ Bergamo ~ Italy

Sottotitolo: Le strategie per aumentare l'adesione allo screening per HCV e alla terapia con DAAs sono diverse e con diversi gradi di efficacia a seconda del contesto. Al SerD di Bergamo le strategie adottate hanno previsto: l'integrazione dei servizi, il contingency management e la telemedicina.

Testo Abstract

Introduzione

L'infezione cronica da HCV può essere ormai trattata con regimi terapeutici, semplici, efficaci e con pochi effetti avversi, accessibili non solo alla popolazione generale, ma anche ai pazienti a rischio, tra cui la popolazione afferente ai SerD (1).

Nonostante i tassi di trattamento con DAAs siano decisamente più elevati rispetto all'era dell'interferone (2-4), la copertura del trattamento in certi gruppi a rischio è ancora subottimale (5).

Ci sono dati che suggeriscono che integrare i processi di cura di HCV in altri percorsi di cura, possa migliorare il linkage to care e l'inizio del trattamento (6).

Gli interventi che sono stati sviluppati per migliorare il coinvolgimento e la ritenzione in trattamento dei pazienti HCV che usano sostanze sono di diverso tipo (7, 8):

1. Servizi integrati e case management: per esempio l'offerta dello screening in diversi momenti di cura e la decentralizzazione della terapia a livello territoriale (al SerD);

2. Contingency management: per esempio tramite l'uso di incentivi (9);

3. Telemedicina;

4. Coinvolgimento e supporto da parte dei peer: ad esempio per facilitare lo screening, l'educazione (10,11) e il reclutamento per il trattamento (12).

Inoltre somministrare il trattamento contestualmente alla terapia agonista con oppioidi aumenta la ritenzio-

ne nel percorso HCV (13-15).

Metodi

DECENTRALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO PER HCV PRESSO IL SERD

Dal mese di febbraio 2022 il SerD di Bergamo ha iniziato a effettuare i trattamenti per HCV direttamente al SerD.

Il processo ha richiesto diversi passaggi:

- autorizzazione per la prescrizione AIFA dei medici;
- definizione di un percorso preciso con la farmacia dell'Ospedale per la prescrizione, l'ordine e il trasporto dei farmaci dall'Ospedale al SerD;
- creazione di un ambulatorio e un'agenda dedicata per i pazienti arruolati nel trattamento;
- creazione di un database dallo screening al trattamento per tutti i pazienti del SerD.

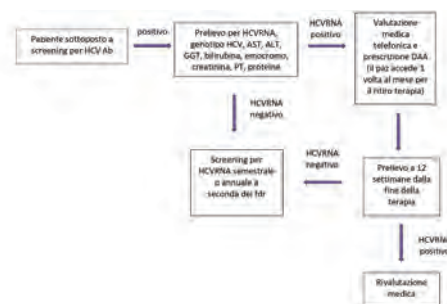
Uso della telemedicina per la terapia HCV al SerD di Bergamo

Il paziente viene screenato tramite test rapido (finger test) o prelievo venoso. Se positivo viene contattato dal medico prescrittore che effettua una valutazione telefonica, basata sugli esami ematochimici, l'anamnesi del paziente e l'ecografia quando disponibile. Il medico gli fissa un appuntamento e richiede il farmaco qualche giorno prima dell'appuntamento. Il farmaco viene poi inviato al SerD in due giorni o comunque prima dell'appuntamento del paziente.

Il giorno dell'appuntamento il medico consegna la terapia per 28 giorni e spiega le modalità di assunzione e i possibili effetti avversi. In quell'occasione viene fissata una seconda visita per il ritiro del secondo mese di terapia e così via per i successivi mesi. Al termine della terapia il paziente accede solo per il prelievo per valutare SVR12, a 12 settimane dalla fine della terapia, proprio per limitare il numero di accessi necessari.

Il paziente verrà poi monitorato tramite un prelievo ematico per HCVRNA annuale e un'ecografia all'anno che il medico del SerD/medico di medicina generale potrà prescrivere.

Figura 1 – Percorso semplificato di terapia HCV al SerD di Bergamo



STRATEGIE PER AUMENTARE L'ADESIONE ALLO SCREENING HCV

Da fine 2022, vista la necessità di aumentare lo screening dei pazienti afferenti al servizio, una nuova strategia è stata definita per ottimizzare l'adesione allo screening e testare il maggior numero di persone che difficilmente accedono per sottoporsi a prelievo ematico. Un programma di attività che include momenti di formazione su HCV per il personale non solo sanitario, sensibilizzazione dei pazienti, attività di screening dentro e fuori dal servizio, è stato implementato. Queste attività hanno previsto strategie di contingency management, integrazione dei servizi e somministrazione dello screening in contesti di riduzione del danno (es. contestualmente alla somministrazione della terapia agonista degli oppioidi).

Figura 2 – Programma 2022-2023

Attività	Data
1. Momento di informazione/formazione con operatori socio-sanitari del SerD	21/11/2022
2. Settimana fast-track: formazione operatori su HCV e test presso CRA e CPS Val Brembana	29-30/11/2022
3. Settimana fast-track: test Mantello e Coop. Ruah	1/12/2022
4. Report bimestrale delle attività in riunione di staff	07/02/2023
5. Mercoledì e venerdì nell'ambulatorio di monitoraggio tossicologico info e test rapidi HCV	1 e 3/03/2023
6. Sabato e domenica: info e test rapidi HCV	25 e 26/03/2023
7. Martedì e venerdì pomeriggio in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	4 e 7/04/2023
8. Lunedì e giovedì mattina in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	24 e 27/04/2023
9. Settimana di info da parte della segreteria con volantini disponibili	15-19/05/2023
10. Martedì e venerdì pomeriggio in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	6 e 23/06/2023
11. Mercoledì e venerdì nell'ambulatorio di monitoraggio tossicologico: info e test rapidi HCV	19 e 21/07/2023
12. Lunedì e giovedì mattina in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	11 e 14/09/2023
13. Sabato e domenica: info e test rapidi HCV	30/09 e 01/10/2023
14. Settimana di info in accoglienza con distribuzione di volantini	2-6/10/2023
15. Martedì e venerdì pomeriggio in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	24 e 27/10/2023
16. Sabato e domenica: info e test rapidi HCV	11 e 12/11/2023
17. Mercoledì e venerdì nell'ambulatorio di monitoraggio tossicologico: info e test rapidi HCV	22 e 24/11/2023
18. Fast track 2023: formazione operatori + test luoghi grave marginalità	25/11 – 01/12/2023
19. Lunedì e giovedì mattina in ambulatorio delle terapie farmacologiche: info e test rapidi HCV	11 e 14/12/2023

Risultati

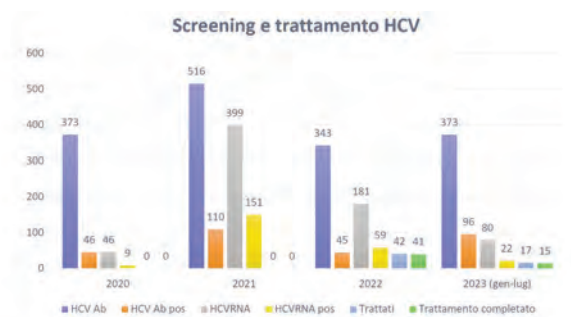
DECENTRALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO PER HCV PRESSO IL SERD

Confrontando i dati del primo semestre del 2023 dei SerD Lombardi, si evince come la strategia di trattare i pazienti positivi direttamente al SerD sia stata vincente.

Infatti dal confronto tra i dati regionali (cumulativi di tutti i SerD della regione, incluso il SerD di Bergamo) e i dati del SerD Bergamo, è evidente che il nostro servizio non perda neanche un caso positivo identificato,

grazie al fatto che il linkage to care è immediato al momento stesso dello screening positivo. Il divario è infatti ancora molto elevato per quanto riguarda i trattamenti tra SerD diversi e molti pazienti vengono ancora persi in questa fase delicata di linkage, laddove non esiste un sistema ben collaudato di invio dei pazienti allo specialista. In alcuni casi (3/59), la terapia con DAA è stata somministrata contestualmente alla terapia agonista con oppioidi, in regime di DOT. Questo ha favorito una maggior aderenza alla terapia per pazienti particolarmente difficili.

Figura 3 – Screening per HCV primo semestre 2023

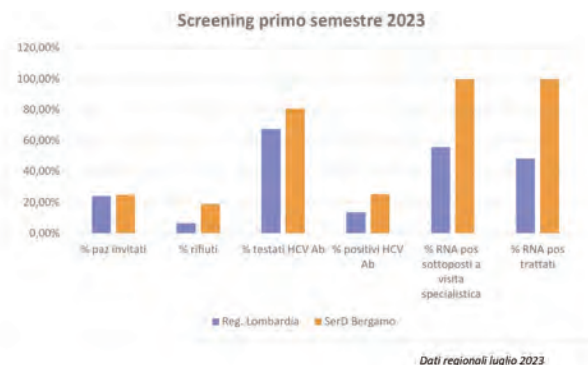


STRATEGIE PER AUMENTARE L'ADESIONE ALLO SCREENING HCV

Negli ultimi 4 anni, si è data sempre crescente attenzione all'identificazione dei casi HCV positivi che necessitano di trattamento.

Diversi progetti per potenziare lo screening si sono susseguiti, portando ad un maggior numero di persone identificate e trattate direttamente al SerD.

Figura 4 – Screening e trattamento HCV al SerD Bergamo 2020-2023



Come mostrato dalla figura 4, tra il 2020 e il 2021 c'è stato un incremento importante dello screening di base (HCV Ab). La ragione principale è stata l'introduzione dei finger test per HCV Ab e HCV RNA. Il secondo elemento che balza all'occhio è come già menzionato in precedenza, dal 2022 i pazienti sono stati trattati direttamente al SerD.

In particolare le strategie che hanno permesso un incremento dei casi screenati nel 2023 (primi 7 mesi dell'anno) sono state:

1. eventi di formazione degli operatori sanitari e psicosociali (2 eventi);
2. eventi di sensibilizzazione sulla tematica e di screening tra i pazienti nell'ambito di iniziative di riduzione del danno (8 eventi);
3. momenti di screening all'accesso al servizio (per esempio per il monitoraggio tossicologico o durante la dispensazione delle terapie agoniste degli oppioidi). In una di queste occasioni i pazienti sono stati invitati ad effettuare il test ed in cambio sono stati distribuiti cibo, gadgets e presidi di riduzione del danno (es. preservativi) (8 eventi).

Figura 5 – Giornata di screening al SerD Bergamo



Discussione

La decentralizzazione del trattamento con DAAs ai contesti territoriali e di salute primaria si è mostrata decisamente efficace se comparata al vecchio modello di linkage to care con invio del paziente presso i reparti specialistici, come già stato dimostrato dalla revisione sistematica di Radley del 2019 (16). Estendere l'accesso ai DAAs oltre i confini ospedalieri è infatti necessario se si vogliono raggiungere le tasche più difficili e vulnerabili della popolazione. I contesti territoriali come i SerD hanno il vantaggio di essere più facilmente raggiungibili per i pazienti che già accedono al SerD per altre ragioni (per esempio per l'assunzione della terapia agonista con oppioidi), oltre che favorire il rapporto di fiducia con gli operatori (17,18). Inoltre, anche l'offerta della terapia agonista è di per sé un fattore protettivo nei confronti delle infezioni trasmesse via sangue (19).

La cooperazione tra diverse strutture è fondamentale per implementare strategie efficaci di identificazione dei casi e arruolamento nel trattamento in un unico servizio (17,20). Nella nostra esperienza, la collaborazione tra la farmacia, l'epatologia, il SerD e il servizio logistica è stata la chiave per rendere tutto il processo semplice, pratico ed efficace.

L'uso della telemedicina per la valutazione dei pazienti pre-inizio terapia con DAAs accorcia i tempi e riduce il rischio di perdita del paziente nella fase delicata del linkage to care, oltre a rafforzare la motivazione e il coinvolgimento del paziente nel percorso HCV. Gli approcci di telemedicina si sono infatti già dimostrati efficaci per il trattamento di HCV in pazienti vulnerabili in contesti rurali, o in contesto penitenziario (21,22). Inoltre pare che la telemedicina possa essere ancora più efficace per favorire l'aderenza al trattamento (23).

La somministrazione della terapia per HCV contestualmente alla terapia agonista per gli oppiacei secondo uno schema DOT, potrebbe favorire l'aderenza al trattamento (24), anche se la nostra esperienza su questo è stata per ora limitata (solo 3 pazienti su 59). Certamente però in questi pochi casi ha permesso una maggior personalizzazione della terapia, che tenesse in considerazione le problematiche sanitarie e sociali di questi pazienti.

La letteratura mostra come strutture di cura integrata e la presenza di un case manager infermieristico possa facilitare tutto il percorso di cura per HCV soprattutto in categorie vulnerabili di pazienti, considerando i loro bisogni multipli (25-27).

Purtroppo non è ancora stato possibile introdurre un vero e proprio case manager presso il nostro servizio, ma potrebbe essere uno dei prossimi elementi da considerare per ottimizzare la gestione del percorso HCV. Per quanto riguarda le strategie per aumentare la diagnosi di HCV in questa categoria di pazienti il modello one-stop point of care ha sicuramente rivoluzionato la situazione, rimangono però ancora alcune problematiche che richiedono un impegno da parte di tutti gli attori interessati.

La scarsa disponibilità dei finger test per HCVRNA che faciliterebbe la diagnosi in un unico step è il primo problema da affrontare.

Inoltre ci si è resi conto che per un percorso ben organizzato, la presenza di un case manager sarebbe fondamentale, anche in vista di un aumento del numero di pazienti trattati al SerD.

Conclusione

Portare il trattamento con DAAs al SerD è sicuramente stata una strategia efficace per ridurre il rischio di perdere il paziente nella fase critica di linkage to care. La DOT potrebbe ulteriormente migliorare il percorso di trattamento per i pazienti più difficili, senza fissa dimora e/o con comorbidità che possano inficiare l'aderenza alla cura.

La telemedicina è stata di aiuto enorme per risparmiare tempo e numero di visite, diminuendo grandemente

il rischio di perdita precoce del paziente nel percorso e facilitando un linkage to care efficace.

L'integrazione con altre attività del servizio è stata utile per proporre in modo più esteso lo screening HCV e farlo diventare parte della nostra routine.

Sarebbe utile introdurre un case management vero e proprio con maggior coinvolgimento del personale infermieristico.

Ulteriori attività che prevedano non solo incentivi ai pazienti che seguono correttamente il percorso HCV, ma anche per i peer che contribuiscono al "passa parola" potrebbero essere vincenti.

Infine, la disponibilità dei test rapidi per la ricerca di Ab e RNA deve essere assicurata costantemente poiché l'efficacia di tutte queste strategie dipende in gran parte da questo fattore.

Referenze

1. CATIE. CATIE statement on hepatitis C treatment efficacy among people who use drugs. 2021. Available from: <https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-11/caties-tatement-hcv-efficacy-en.pdf>
2. Socias ME, Ti L, Wood E, Nosova E, Hull M, Hayashi K, et al. Disparities in uptake of direct-acting antiviral therapy for hepatitis C among people who inject drugs in a Canadian setting. *Liver International*. 2019;39(8):1400–7.
3. Bajis S, Grebely J, Hajarizadeh B, Applegate T, Marshall AD, Ellen Harrod M, et al. Hepatitis C virus testing, liver disease assessment and treatment uptake among people who inject drugs pre and post-universal access to direct-acting antiviral treatment in Australia: The LiveLife study. *Journal of Viral Hepatitis*. 2020;27(3):281–93.
4. Makarenko I, Artenie A, Hoj S, Minoyan N, Jacka B, Zang G, et al. Transitioning from interferon-based to direct antiviral treatment options: A potential shift in barriers and facilitators of treatment initiation among people who use drugs? *International Journal of Drug Policy*. 2019;72:69–76.
5. Yousafzai MT, Bajis S, Alavi M, Grebely J, Dore GJ, Hajarizadeh B. Global cascade of care for chronic hepatitis C virus infection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Viral Hepatitis*. 2021;28(10):1340–54.
6. Cunningham EB, Wheeler A, Hajarizadeh B, French CE, Roche R, Marshall AD, et al. Interventions to enhance testing, linkage to care, and treatment initiation for hepatitis C virus infection: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2022;7(5):426–45.
7. Schwarz T, Horvath I, Fenz L, Schmutterer I, Rosian Schikuta I, Mardh O. Interventions to increase linkage to care and adherence to treatment for hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review and practical considerations from an expert panel consultation. *International Journal of Drug Policy*. 2022;102:103588
8. Ontario HIV treatment network. *Best practices to increase engagement and retention in hepatitis C care among people who use drugs. Rapid response service*,174, February 2023. Available from: https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/2023/02/RR174_engagement-and-retention-in-hepatitis-C-care-among-people-who-use-drugs.pdf.
9. Norton BL, Bachhuber MA, Singh R, Agyemang L, Arnsten JH, Cunningham CO, Litwin AH. Evaluation of contingency management as a strategy to improve HCV linkage to care and treatment in persons attending needle and syringe programs: A pilot study. *Int J Drug Policy*. 2019 Jul;69:1-7. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.02.009. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31003171; PMCID: PMC6704472.
10. Broad J, Mason K, Guyton M, Lettner B, Matelski J, Powis J. Peer outreach point-of-care testing as a bridge to hepatitis C care for people who inject drugs in Toronto, Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2020;80:102755.
11. Conway A, Valerio H, Alavi M, Silk D, Treloar C, Hajarizadeh B, et al. A testing campaign intervention consisting of peer-facilitated engagement, point-of-care HCV RNA testing, and linkage to nurse support to enhance hepatitis C treatment uptake among people who inject drugs: The ETHOS Engage study. *Viruses*. 2022;14(7):16.
12. Falade-Nwulia O, Ward KM, McCormick S, Mehta SH, Pitts SR, Katz S, et al. Network-based recruitment of people who inject drugs for hepatitis C testing and linkage to care. *Journal of Viral Hepatitis*. 2020;27(7):663–70.
13. Losikoff P, Bosse JD, Martin SA, Wilson A, Chiodo LM. Integrated hepatitis C treatment is associated with improved retention and success in outpatient treatment for opioid use disorder at a private clinic. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:932306.
14. Radley A, De Bruin M, Inglis SK, Donnan PT, Hapca A, Barclay ST, et al. Clinical effectiveness of pharmacist-led versus conventionally delivered antiviral treatment for hepatitis C virus in patients receiving opioid substitution therapy: A pragmatic, cluster-randomized trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2020;5(9):809–18
15. Bartlett SR, Wong S, Yu A, Pearce M, MacIsaac J, Nouch S, et al. The impact of current opioid agonist therapy on hepatitis C virus treatment initiation among people who use drugs from the direct-acting antiviral (DAA) era: A population-based study. *Clinical Infectious Diseases*. 2022;74(4):575–83.
16. Radley A., Robinson E., Aspinall E.J., Angus K., Tan L., Dillon J.F. A systematic review and meta-analysis of community and primary-care-based hepatitis C testing and treatment services that employ direct-acting antiviral drug treatments. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):765. doi: 10.1186/s12913-019-4635-7.
17. Delile J.-M., de Ledinghen V., Jauffret-Roustide M., Roux P., Reiller B., Foucher J., et al. Hepatitis C virus prevention and care for drug injectors: The French approach. *Hepatology, Medicine and Policy*. 2018;3(1) doi: 10.1186/s41124-018-0033-8.

18. Wade A.J., Veronese V., Hellard M.E., Doyle J.S. A systematic review of community-based hepatitis C treatment. *BMC Infectious Diseases*. 2016;(1):16. doi: 10.1186/s12879-016-1548-5.

19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union; Luxembourg: 2017. Health and social responses to drug problems: A European guide.

20. Sociás M.E., Karamouzian M., Parent S., Barletta J., Bird K., Ti L. Integrated models of care for people who inject drugs and live with hepatitis C virus: A systematic review. *The International Journal on Drug Policy*. 2019;72:146–159. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.05.023.

21. Lepage C., Garber G., Corrin R., Galanakis C., Leonard L., Cooper C. Telemedicine successfully engages marginalized rural hepatitis C patients in curative care. *Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*. 2020;5(2):87–97. doi: 10.3138/jammi-2019-0025.

22. Jiménez Galán G., Alia Alia C., Vegue González M., García Berriguete R.M., Fernández González F., Fernández Rodríguez C.M., et al. The contribution of telemedicine to hepatitis C elimination in a correctional facility. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2019;111 doi: 10.17235/reed.2019.6152/2018.

23. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC; Stockholm: 2022. Summary of discussions and proposed changes to the draft recommendations on interventions to improve linkage to care and adherence to treatment for infections among people who inject drugs, expert panel meeting, 11-12 March 2021

24. McDermott C.L., Lockhart C.M., Devine B. Outpatient directly observed therapy for hepatitis C among people who use drugs: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Virus Eradication*. 2018;4(2):118–122. PMID: PMC5892673.

25. Bajis S., Dore G.J., Hajarizadeh B., Cunningham E.B., Maher L., Grebely J. Interventions to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*. 2017;47:34–46. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.07.002.

26. Zhou K., Fitzpatrick T., Walsh N., Kim J.Y., Chou R., Lackey M., et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: A systematic review and meta-analyses. *The Lancet. Infectious Diseases*. 2016;16(12):1409–1422. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30208-0

27. World Health Organization. World Health Organization; Geneva: 2018. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>.

Area tematica 4 "COMORBILITÀ" PSICHIATRICA

4.1

LE MISURE DI SICUREZZA PER I PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI. L'ESPERIENZA DEI SERD DELL'ASST BERGAMO OVEST NEL NUCLEO FORENSE

Bruno R.*^[1], Fortunato G.^[1], Frazzi F.^[1]

^[1]ASST Bergamo Ovest ~ Treviglio (BG) ~ Italy

Sottotitolo: L'ASST Bergamo Ovest ha istituito il Nucleo Forense Dipartimentale con lo scopo di favorire l'integrazione e il coordinamento delle attività cliniche e dei trattamenti per i soggetti autori di reato socialmente pericolosi. L'intuizione dell'ASST Bergamo Ovest è stata quella di includere da subito anche la progettualità del SerD.

Testo Abstract

Siamo in un momento storico in cui il modello di cura degli autori di reato è in costante trasformazione. Da un lato stiamo assistendo ad un processo di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze* e dall'altro lato il ruolo richiesto ai Servizi del territorio è costantemente condizionato da richieste urgenti da realizzare ancora prima dell'elaborazione di programmi sempre più complessi.

Negli ultimi anni la trasformazione culturale è stata così profonda che a partire dal 2010 abbiamo assistito ad uno spostamento progressivo verso il territorio tanto delle pene quanto delle misure di sicurezza. Le accelerazioni più forti sono arrivate principalmente dalla Sentenza Torreggiani del 2013 e dalla trasformazione in REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari), avvenuta definitivamente nel 2015.

Regione Lombardia dapprima ha istituito presso ogni

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) una équipe funzionale multiprofessionale per il sostegno dell'attività territoriale rivolta ai pazienti autori di reato con la DGR (Delibera di Giunta Regionale) 5340/2016, e poi ha rafforzato i percorsi innovati alternativi alla REMS con la DGR 7661/2022.

L'ASST Bergamo Ovest il 24/12/2019 ha istituito il Nucleo Forense Dipartimentale con lo scopo di favorire l'integrazione e il coordinamento delle attività cliniche e dei trattamenti per i soggetti autori di reato socialmente pericolosi. La composizione che è andata delineandosi prevede un coordinatore psicologo, due psichiatri, due assistenti sociali, un infermiere e un assistente sociale del SerD.

L'intuizione dell'ASST Bergamo Ovest è stata quella di includere da subito anche la progettualità del SerD, per le persone con disturbo da uso di sostanze stupefacenti, da alcol o da Gioco d'azzardo che possono essere già in carico al Servizio, oppure semplicemente per favorire la collaborazione, valutazione o consulenza.

La peculiarità del progetto dell'ASST Bergamo OVEST prevede l'integrazione delle competenze di un assistente sociale dedicato ai pazienti con misura di sicurezza in carico ai 3 Servizi Territoriali per le Dipendenze aziendali (Martinengo, Ponte San Pietro e Treviglio).

L'ambito di intervento del Nucleo Forense è quello che coniuga la patologia psichiatrica alla commissione di un reato. L'idea è quella di accompagnare il paziente sin da quando il percorso clinico incrocia l'iter giudiziario: dall'accertamento della pericolosità sociale fino al termine della misura, passando per la libertà vigilata provvisoria, per l'ingresso in REMS, per il ricovero in SPDC, per l'inserimento in Comunità e persino per la scarcerazione per incapacità di intendere e di volere. Tenendo un occhio di riguardo anche alle altre possibili sanzioni di comunità, come ad esempio la detenzione domiciliare o la messa alla prova.

Data la specificità di alcuni crimini che possono derivare spesso da situazioni di comorbilità psichiatrica o da un consumo di sostanze psicotrope che ne accentuano la pericolosità sociale, si ritiene che valorizzare la presa in carico sociale per il SerD possa valorizzare l'individuazione di risorse specifiche e di progetti individualizzati. Un'attenzione dedicata ai pazienti psichiatrici che hanno anche una diagnosi di dipendenza cerca di andare oltre lo storico confine che separa i Servizi ed è orientata da subito alla costruzione di per-

corsi condivisi e sostenibili.

La stessa Regione Lombardia nella Legge Regionale n.23/2020 “Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche” rilancia la realizzazione di programmi pensati alle persone con doppia diagnosi.

La materia è articolata e caratterizzata da un insieme di aspetti che richiedono una particolare attenzione, concentreremo l’attenzione su tre aspetti critici rispetto ai quali si potrebbero attivare processi di lavoro più efficaci e più efficienti:

- Il primo aspetto è la complessità dei pazienti, non solo per il quadro clinico, ma anche per le condotte di abuso, per le problematiche sociali e per le acce conflittualità familiari; la scarsa compliance dei pazienti e le liste di attesa delle strutture residenziali spesso mettono in scacco l’individuazione di risposte adeguate e tempestive di fronte a richieste urgenti.
- La seconda criticità riguarda la difficoltà di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti; i linguaggi e i tempi diversi rincorrono le diverse responsabilità e si avverte pienamente la mancanza di prassi o di protocolli consolidati.
- Il terzo aspetto è l’evoluzione del contesto socio-politico, ovvero l’attribuzione e la gestione delle risorse pubbliche in uno scenario di interventi legislativi frequenti, con un’offerta ricca, ma sovrappollata e frammentata.

Il presupposto di fondo è quello di un processo di reinserimento sociale per i pazienti autori di reato che si rivolge ad un territorio che possa essere in grado di accogliere i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, e allo stesso tempo attento alla domanda di Sicurezza delle comunità e della società in generale.

La sfida è quella di saper intercettare i pazienti, attraverso un costante lavoro di squadra che può cogliere i segnali lanciati dai pazienti e dalle loro famiglie e provare a offrire interventi innovativi e personalizzati. La domanda alla quale rispondere è se l’esperienza del Nucleo Forense con risorse integrate tra SERD e CPS possa essere un’iniziativa replicabile e sostenibile.

*Afferiscono all’area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica” (LR 29 giugno 2016 n.15). A livello organizzativo la LR 15/2016 prevede che l’area della salute mentale sia strutturata in forma dipartimentale in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale e da quella della Agenzia di Tutela della Salute (ATS) competente per territorio.

Nell’ambito dell’area della salute mentale opera il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) istituito presso le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST).

4.2

**DOPPIA DIAGNOSI:
INCONTRARE I GIOVANI****Mariani C.^[1], Fedeli F.^[1], Farina F.*^[1]**^[1]Associazione Cascina Verde spes ONLUS ~ Milano ~ Italy**Sottotitolo:** Un'idea di "Comunità" più utile e possibile. L'esempio dell'arteterapia**Testo Abstract**

La comunità per noi è sempre stata un luogo di identificazione e di crescita personale in cui la "cura" si propone come ciò che rende possibile e favorisce un processo che per i più svariati motivi si era bloccato. Negli ultimi anni la Comunità di Milano ha scelto di rispondere ad un bisogno che sembrava emergere in modo importante, decidendo di dedicarsi sempre più specificatamente ad un'utenza più giovane.

Nelle nostre molte domande quello che proponiamo oggi è un modello di residenzialità che sia:

- PERMEABILE nell'equilibrio tra sicurezza e libertà
- CONNESSA con lo spazio e il tempo di vita dei pazienti.

Lo spazio comunitario è pensato fruibile da familiari e persone significative nonché da persone esterne che vivono esperienze con noi.

Abbiamo poi pensato al fenomeno del Revolving door come costitutivo del tempo dei percorsi di cura individuali e non come fattore destabilizzante per i servizi. Tale visione ci ha portato a periodicizzare il tempo in Comunità scandendolo con progettazioni brevi, ripetibili e contestualizzate all'interno di percorsi di cura territoriali per contribuire ad accompagnare i ragazzi a sviluppare un progetto di vita percorribile. Ipotizziamo di poter alternare periodi residenziali, a progetti territoriali o ricoveri di sollievo.

- CONCRETA perché i ragazzi possano crescere nelle loro competenze reali e "sperimentare successi" nella consapevolezza delle proprie risorse. Inoltre si pone una grande attenzione a proporre obiettivi raggiungibili e connessi con il territorio attraverso un modello di progettazione SMART (Specific (Specifico), Measurable (Misurabile), Achievable (Raggiungibile), Realistic (Realistico), Time-bound (Definito nel

tempo).

La somma di esperienze positive formano la base per riempire quel vuoto identitario che segue all'abbandono di sintomi disfunzionali che costituivano l'identità fino a quel momento.

Gli operatori, ognuno nella propria professionalità, accompagnano quindi in esperienze puntuali e finite restituendo la cornice di riferimento ed un senso più allargato dei vissuti.

Una risposta clinica aderente agli interessi dei giovani si traduce in una migliore alleanza con la comunità.

Per incontrare il modello a breve termine di cui stiamo facendo esperienza, il gruppo di arteterapia è stato ripensato proprio come un gruppo che pone le basi per un'esperienza che andrà man mano solidificandosi in un progetto di complessità crescente.

Portiamo qui questa esperienza che rappresenta un esempio delle attività terapeutiche che hanno rimodellato il setting per incontrare questo nuovo modus operandi.

Area tematica 5

COCAINA E PSICOSTIMOLANTI

5.1

I CATINONI SINTETICI NELLA GRANDE CITTÀ

Beltrami M.M.*^[1], Traina M.C.^[1], Tunesi C.^[1], Tomaciello I.^[2], Masi F.^[2], Bonazzola M.^[2], Scaramuzzino M.F.^[1], Zita G.^[1]

^[1]SS SerD via Canzio 18 Milano – SC Dipendenze ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano - Italy,

^[2]Sezione di Tossicologia e Droghe D'Abuso Laboratorio CEDAM ITALIA - Milano - Italy

Sottotitolo: Caratteristiche sociodemografiche, psicopatologiche e tossicologiche dei consumatori di catinoni sintetici rivoltisi al SerD Canzio - ASST Fatebenefratelli Sacco tra il 2022 ed il 2023.

Testo Abstract

Introduzione

I catinoni sintetici sono un insieme di numerose sostanze stupefacenti che rientrano nel gruppo delle cosiddette nuove sostanze psicoattive o NPS.

I catinoni sintetici prendono il nome dalla pianta del Khat di origine mediorientale che contiene il catinone, sostanza alcaloide ad azione anfetamino-simile da secoli utilizzata in medio oriente ed Est Africa come psicostimolante antifatica ed euforizzante (1). I catinoni sintetici sono entrati sul mercato alla fine degli anni '90 sottoforma di alternativa "legale" ai catinoni di origine naturale. I catinoni sintetici vengono definiti comunemente anche "sali da bagno" e con questa nomenclatura commercializzati sul web in siti definiti "smartshops". Ciò ha dato il via ad una progressiva ampia distribuzione della sostanza che ha mostrato un'elevata capacità di infiltrare capillarmente nella popolazione europea (2) con elevato mimetismo e capacità di evoluzione delle molecole immesse sul mercato: uno studio del 2022 ha analizzato come tra il 2019 ed il 2022 sono stati immessi sul mercato 29 nuove tipologie di catinoni sintetici (3). Dal punto di vista della nomenclatura le sostanze considerate

appartenenti a questa categoria sono molto numerose (più di 40 ad ora), tra queste le più famose sono il Mefedrone ed il Metilenediossiprovalerone (MDPV). I dati epidemiologici relativi l'Europa ottenuti tramite il progetto ESPAD 2021 hanno evidenziato che circa il 1,1% dei giovani Europei che frequenta le scuole superiori ha provato i catinoni sintetici almeno una volta nella vita (4).

I catinoni sintetici inoltre, storicamente, risultano essere particolarmente diffusi nelle comunità men who have sex with other men (MSM - uomini che fanno sesso con uomini) nel contesto delle pratiche sessuali riconducibili al ChemSex che si configura come la volontaria assunzione di sostanze stupefacenti (psicoattive e non) nel contesto di incontri sessuali con l'intenzione di favorire o amplificare l'intensità del rapporto sessuale (5). Ad esempio la prevalenza di utilizzo di catinoni nell'ambiente MSM di Londra è attorno al 65% ed i dati disponibili orientano verso una più alta prevalenza in aree metropolitane urbane (> 500.000 abitanti) (6).

Nello specifico infatti il "successo" di queste molecole in tale contesto è legato agli effetti primari quali euforia, aumento dell'empatia, loquacità, amplificazione delle esperienze sensoriali, riduzione dell'appetito, insonnia, miglioramento della performance sessuale (7). I catinoni sintetici tuttavia presentano dei gravi eventi avversi, i più significativi sono a carattere cardiovascolare, neurologico e psichiatrico. I più comuni effetti avversi psichiatrici legati all'utilizzo di catinoni sintetici sono agitazione psicomotoria, ideazione suicidaria e psicosi acuta (8) con sempre più numerosi report di accessi in Pronto Soccorso per sintomi gravi da intossicazione acuta (9).

Alcuni dati inoltre orientano verso la conferma di una tendenza allo sviluppo di rapida tolleranza con un profilo di dipendenza e craving unico tra gli psicostimolanti (10).

Tuttavia sono limitate le evidenze in letteratura rispetto la valutazione clinico-tossicologica nella pratica clinica dei soggetti utilizzatori di catinoni sintetici, la maggior parte degli studi disponibili in letteratura è di ambito tossicologico su modelli animali e cellulari.

Per di più non si hanno molte informazioni rispetto all'utilizzo di catinoni sintetici nel contesto italiano: le esigue evidenze cliniche a disposizione si riferiscono soprattutto al fenomeno ChemSex in generale e derivano, indirettamente, da studi afferenti a centri sanitari legati ad altri ambiti (es. infettivologici) (11). Il nostro SerD è un Servizio situato in una grande città metropolitana come Milano, specificatamente in un'area tra le più vivacemente riconosciute dalla comunità LGBTQ+ (Porta Venezia). Abbiamo quindi deciso di

approfondire maggiormente la valutazione clinica e tossicologica dei pazienti che si rivolgono al nostro SerD per problematiche correlate l'utilizzo di catinoni sintetici sondando anche eventuali caratteristiche legate all'utilizzo in contesti di ChemSex.

Materiali e metodi

Il nostro studio ha previsto l'iniziale reclutamento di tutti i pazienti che tra gennaio 2022 e maggio 2023 si sono presentati al Servizio richiedendo presa in carico riferendo utilizzo di catinoni sintetici negli ultimi 6 mesi. Tutti i soggetti poi inclusi nello studio sono rappresentati da coloro che si sono sottoposti a valutazione multidisciplinare psicosociale comprendente:

- Raccolta di dati legati a variabili sociodemografiche e cliniche tra cui: età, sesso, MSM, pratiche di ChemSex, sostanza primaria o secondaria, sostanze specifiche dichiarate, familiarità per uso di sostanze, occupazione, titolo di studio, presenza di problematiche legali legate alla sostanza, eventi acuti legati uso sostanza (accessi in PS), malattie sessualmente trasmissibili, diagnosi psichiatriche pregresse.

- Somministrazione di test psicometrici quali Symptom Checklist-90-R (SCL 90 -R) e Barratt Impulsiveness Scale version 11 (BIS - 11). L'SCL 90 R è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) ed esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) con buona coerenza e validità sia in pazienti psichiatrici, sia in pazienti non clinici. La BIS-11, messa a punto per valutare l'impulsività è uno strumento molto conosciuto ed ampiamente usato per lo studio dell'impulsività nei soggetti non psichiatrici e per esplorare il ruolo dell'impulsività nel contesto della psicopatologia.

- Esecuzione di esame della matrice pilifera e campionamenti urinari di monitoraggio, questi ultimi eseguiti dal Laboratorio Cedam Italia a titolo gratuito e sperimentale. Per entrambe le modalità di campionamento è stata prevista la ricerca di specifico panel di catinoni sintetici tra cui: Mefedrone, MDPV, Alfa PVP, Metilone, 2C-B, 2C-I, Butilone, 3-4 MD PHP.

Per SCL-90-R sono state considerate le sottoscale: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (OBS), Ipersensibilità interpersonale (IS), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY), Global Severity Index (GSI) indice di intensità attuale del disturbo, il Positive Symptom Distress Index (PSDI) suggerisce se il disagio è stato accentuato o minimizzato e il Positive Symptom Total

(PST) riflette il numero di sintomi riferiti dal soggetto indipendentemente dall'intensità della sintomatologia. Per BIS-11 sono stati considerati: punteggio totale (BIS 11 tot), impulsività cognitiva (BIS 11 COGN) quale somma di attenzione e instabilità cognitiva, impulsività motoria (BIS 11 MOT) come comportamento motorio e perseveranza, impulsività non pianificativa (BIS 11 NON PIAN) relativa autocontrollo e complessità cognitiva.

Analisi dei dati

I dati sociodemografici e tossicologici sono stati raccolti clusterizzando i soggetti per categorie specifiche. I dati psicopatologici raccolti sono stati analizzati tramite calcolo di medie e deviazioni standard delle sottoscale relative ai cluster sintomatologici.

Abbiamo inoltre cercato la presenza di eventuali correlazioni tramite calcolo di correlazione di Spearman (con p significativa < 0.05) tra caratteristiche sociodemografiche/tossicologiche e cliniche e cluster sintomatologici delle scale di riferimento.

Risultati

Nel periodo di riferimento dello studio (gennaio 2022 - maggio 2023) 35 persone hanno richiesto la presa in carico al SerD di via Canzio 18, di queste 32 persone hanno completato l'iter valutativo multidisciplinare. Questi pazienti rappresentano il 4% di tutte le nuove richieste di cura esitate in una presa in carico nello stesso periodo.

Caratteristiche sociodemografiche e cliniche

I dati sociodemografici sono riassunti nella tabella 1: si tratta di soggetti unicamente di sesso maschile, con età media di 36,5 anni, per il 75% MSM, tutti i soggetti MSM dichiarano utilizzo di catinoni sintetici in pratiche di ChemSex, il 62% dei soggetti utilizza i catinoni sintetici come sostanza primaria. Tutti i 32 soggetti dichiarano utilizzo nello specifico di MDPV per via inalatoria. Il 53% ha in anamnesi patologica prossima infezione sessualmente trasmissibile, il 47% è positivo ad HIV. Il 41% dei soggetti si rivolge al SerD riferendo la presenza di concomitanti problematiche legali.

Esiti esami tossicologici

Tutti i pazienti hanno eseguito un esame della matrice pilifera e/o esame urinario di screening. 21 soggetti inclusi nello studio sono risultati positivi alla ricerca di catinoni sintetici al momento della presa in carico. Tutti i soggetti risultati positivi hanno evidenziato positività a 3-4 MD PHP e non a MDPV diversamente da quanto dichiarato. In un singolo caso un soggetto

è risultato positivo anche a Mefedrone, sostanza che aveva dichiarato.

Risultati test psicometrici SCL-90-R, BIS-11

I dati relativi i punteggi medi per dimensioni psicopatologiche e di impulsività ottenuti tramite somministrazione SCL-90-R e BIS-11 sono riassunti nelle tabelle 2 – 3 e nel grafico 1.

Per quanto riguarda SCL-90-R (tabella 2) le medie dei punteggi per tutti i cluster sintomatologici risultano superiori ai cut off di riferimento ma in modo particolare, considerando le fasce di punteggio ascrivibili alla maggior gravità (> 65), i punteggi medi più elevati si riscontrano in depressione (media 74, DS \pm 29), ideazione paranoide (media 67, DS \pm 21), psicoticismo (media 68, DS \pm 23), indice di severità globale (media 66, DS \pm 21).

Anche per BIS-11 (tabella 3) la media dei punteggi relativi i diversi domini della scala supera i valori di riferimento di positività. Nello specifico emergono livelli ascrivibili a “molta impulsività” considerando i punteggi totali (media 72, DS \pm 9), la sottoscala relativa impulsività motoria (media 25, DS \pm 4) e quella di impulsività non pianificativa (media 30, DS \pm 5).

Correlazioni tra variabili sociodemografiche e cliniche e variabili psicopatologiche.

I dati relativi le correlazioni di Spearman risultate significative ($p < 0.05$) sono riassunte nella tabella 4. Dai dati emergono correlazioni positive significative tra uso di catinoni come sostanza primaria e sintomi depressivi (RS 0,46, $p < 0,05$ $p = 0,008$) e paranoidei (RS 0,351, $p < 0,05$ $p = 0,04$). La presenza di familiarità positiva per uso di sostanze stupefacenti correla positivamente con punteggi di impulsività totale (RS 0,383, $p < 0,05$ $p = 0,03$) e impulsività cognitiva (RS 0,539, $p < 0,05$ $p = 0,001$). Più elevati titoli di studio correlano negativamente con impulsività totale (RS - 0,487, $p < 0.05$ $p = 0,004$).

Discussione

Nella real life i soggetti utilizzatori di catinoni sintetici ricorrono al nome MDPV (e gergalmente “PV”) per riferirsi alla categoria di sostanze in generale. Al momento, è evidente che i soggetti utilizzatori di catinoni sintetici nella città di Milano che si rivolgono ai Servizi specialistici assumono la stessa tipologia di catinone (3-4 MD PHP).

Dall'approfondimento tossicologico si conferma come il pathway dei metaboliti urinari del 3,4-MDPHP è simile a quello dell'analogo MDPV, la maggior parte dei metaboliti urinari sono escreti come glucuronati ed in questo modo ritrovati nei campioni urinari. Inoltre, i catinoni sintetici appartenenti al gruppo pirovalerone

come MDPV, agiscono come stimolanti sul rilascio della dopamina e della norefedrina e simultaneamente come inibitori del riassorbimento, risultando in un potente effetto stimolante sul sistema nervoso centrale. Come detto precedentemente, siccome il 3,4-MDPHP ha una struttura simile a MDPV si deduce possa avere effetti simili all'amfetamina ed è ragionevole ipotizzare che i percorsi metabolici delle due sostanze siano paragonabili vedendo coinvolti gli isoenzimi CYP (citocromo P450) (CYP2C19, CYP2D6 e CYP1A2). Attualmente in letteratura esistono solo dati limitati riguardo la farmacocinetica del 3,4-MDPHP.

I pazienti che si rivolgono al nostro Servizio con uso di catinoni sintetici presentano caratteristiche socio-demografiche in linea con dati di letteratura: si tratta di soggetti maschi, in gran parte MSM che praticano ChemSex, la cui età media ricade nella fascia di età 35-40 a maggior prevalenza di ChemSex (12). Spesso si tratta di persone con familiarità per uso di sostanze e con livelli socioeconomici medio-bassi (maggiore percentuale di disoccupati e con titolo di studio inferiore). Si tratta inoltre di un campione in cui è alta la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili (HIV in primis ma anche infezione da *Treponema Pallidum*) che denotano una minor tendenza alla protezione verosimilmente nei contesti di incontri per ChemSex in analogia con evidenze di letteratura (13).

La valutazione dello spettro sintomatologico nei soggetti utilizzatori di catinoni sintetici evidenzia la presenza di alti livelli di sofferenza psicopatologica ed in particolare di sintomi depressivi e psicotici. Ciò appare gravato da elevati livelli di impulsività. Dai dati ottenuti, inoltre, emerge come un uso di catinoni sintetici come sostanza primaria di utilizzo correli oltremodo ad un maggior disagio sottoforma di sintomi depressivi e paranoidei rispetto a chi utilizza i catinoni sintetici come sostanza secondaria. Ciò appare verificarsi anche fuori dal contesto di alta prevalenza di “MSM-Chem Sex” con cui non si ravvisa la presenza di correlazioni statisticamente significative. Allo stato attuale non si evidenziano analogamente significative correlazioni con la presenza di pre-esistenti diagnosi psichiatriche rappresentate, per tutti i pazienti, da diagnosi di disturbo di personalità. È verosimile che, indipendentemente da fattori pre-esistenti, l'azione della sostanza sui sistemi neurotrasmettitoriali dopaminergici e noradrenergici rappresenti un elemento patogenetico chiave dei quadri psicotici e affettivi che si manifestano in questo gruppo di soggetti (14).

Si conferma inoltre la significativa correlazione tra familiarità per uso di sostanze ed elevata impulsività che come noto correla con minor funzioni riflessive e di controllo nell'ambito dell'uso di sostanze (15).

Analogamente, un titolo di studio più elevato potrebbe svolgere un ruolo "protettivo" rispetto ai livelli di impulsività globali.

Conclusioni

I soggetti utilizzatori di catinoni sintetici hanno una scarsa conoscenza di ciò che acquistano dal punto di vista chimico e tossicologico. Tutti i consumatori di catinoni sintetici risultano più soggetti a sviluppare di sintomi depressivi o paranoidei quanto più è significativo e centrale l'utilizzo della sostanza stessa (sostanza primaria). Tale fattore sembra al momento il più importante elemento clinico di correlazione con sintomi psicopatologici significativi. Tuttavia la raccolta esaustiva di dati sociodemografici – tra i quali la familiarità ed il livello di istruzione – è importante per individuare eventuali fattori associati a condizioni di rischio clinico. Alla luce di quanto esposto, si ritiene importante implementare ancor di più la conoscenza dei catinoni sintetici sia dal punto di vista tossicologico farmacodinamico sia dal punto di vista degli effetti clinici. È fondamentale inoltre che anche i soggetti utilizzatori siano maggiormente informati ed educati rispetto alle molecole assunte, i loro effetti ed i rischi connessi. Le nostre prospettive di lavoro inoltre prevedono la prosecuzione della raccolta dati, ampliando il numero del campione analizzato e valutando prospettivamente l'andamento della presa in carico dei soggetti inclusi nello studio.

Bibliografia

- Silva, B., Soares, J., Rocha-Pereira, C., Mlad nka, P., & Remi o, F. (2022). *Khat, a Cultural Chewing Drug: A Toxicokinetic and Toxicodynamic Summary*. *Toxins*, 14(2), 71. <https://doi.org/10.3390/toxins14020071>
- Pieprzyca, E., Skowronek, R., Nižnanský, ., & Czekaj, P. (2020). *Synthetic cathinones – From natural plant stimulant to new drug of abuse*. *European Journal of Pharmacology*, 875, 173012. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2020.173012>
- Kuropka, P., Zawadzki, M., & Szpot, P. (2022). *A review of synthetic cathinones emerging in recent years (2019–2022)*. *Forensic Toxicology*. <https://doi.org/10.1007/s11419-022-00639-5>
- Consiglio Nazionale delle Ricerche IFC - Istituto di Fisiologia Clinica, *Rapporto di ricerca sui comportamenti a rischio tra la popolazione studentesca attraverso lo studio ESPAD® (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Italia 2021 a cura di S. Biagioni, S. Sacco, S. Molinaro, CNR edizioni Roma 2021, www.epid.ifc.cnr.it*
- Stuart, D. (2019). *Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture*. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 3–10. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- Guerras, J.-M., Hoyos Miller, J., Agustí, C. (2021). *Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries*. *Archives of Sexual Behavior*, 50(2). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01801-z>
- Karila, L., Megarbane, B., Cottencin, O., & Lejoyeux, M. (2015). *Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem*. *Current Neuropharmacology*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210224137>
- Banks, M. L., Worst, T. J., Rusyniak, D. E., & Sprague, J. E. (2014). *Synthetic Cathinones ("Bath Salts")*. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(5), 632–642. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.11.104>
- Lin CH, Chen JJ, Chan CH (2023) *Comparison of Psychiatric and Clinical Profiles Between People Who Use Synthetic Cathinones and Methamphetamine: A Matched Case-Control Study* *J Clin Psychopharmacol* 2023 Mar-Apr;43(2):122-130. doi: 10.1097/JCP.0000000000001649.
- Watterson, L. R., Kufahl, P. R., Nemirovsky, N. E., Sewalia, K., Grabenauer, M., Thomas, B. F., Marusich, J. A., Wegner, S., & Olive, M. F. (2014). *Potent rewarding and reinforcing effects of the synthetic cathinone 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV)*. *Addiction Biology*, 19(2), 165–174. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2012.00474>
- Latini, A., Dona', M. G., Alei, L. (2019). *Recreational drugs and STI diagnoses among patients attending an STI/HIV reference clinic in Rome, Italy*. *Sexually Transmitted Infections*, 95(8). <https://doi.org/10.1136/sextrans-2019-054043>
- Whitlock, G. G., Protopapas, K., Bernardino, J. I., (2021). *Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV positive men who have sex with men attending HIV services*. *HIV Medicine*, 22(10). <https://doi.org/10.1111/hiv.13160>
- Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. *Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature*. *Int J Drug Policy*. 2019 Jan; 63:74-89. doi:10.1016/j.drugpo.2018.11.014.
- De Felice LJ, Glennon A. *Synthetic cathinones: chemical phylogeny, physiology, and neuropharmacology*. 2014 Feb 27;97(1):20-6. doi: 10.1016/j.lfs.2013.10.029.
- Aloi J, Kwon E, Hummer TE (2023) *Family history of substance use disorder and parental impulsivity are differentially associated with neural responses during risky decision-making*. *Front. Neuroimaging*, 21 June 2023. doi.org/10.3389/fnimg.2023.1110494

Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche e cliniche

Età (anni)	< 25	1 (3%)
	25 - 34	13 (41%)
	35 - 45	12 (34%)
	> 45	7 (22%)
	Minima: 22 anni	
	Massima: 55 anni	
	Media: 36.5 anni	
	Deviazione Standard: + 9.2 anni	
Sesso	Maschile	32 (100%)
MSM	Sì	24 (75%)
	No	8 (25%)
ChemSex	Sì	24 (75%)
	No	8 (25%)
Sostanza primaria o secondaria	Primaria	20 (62%)
	Secondaria	12 (38%)
	Altre sostanze utilizzate come primarie: 10 cocaina, 2 metanfetamine	
Specifico catinone sintetico dichiarato	MDPV	32 (100%)
Via di somministrazione	Fumata/inalata	32 (100%)
Familiarità per uso di sostanze	Sì	13 (41%)
	No	19 (59%)
Occupazione	Sì	13 (41%)
	No	19 (59%)
Titolo di studio	Licenza media inferiore	10 (31%)
	Licenza media superiore	13 (41%)
	Laurea o post laurea	9 (28%)
Problematiche legali concomitanti	Sì	47 (41%)
	No	53 (59%)
Eventi acuti legati uso sostanza (accessi in PS per eventi avversi)	Sì	14 (44%)
	No	18 (56%)
Malattie sessualmente trasmissibili	Sì	17 (53%)
	No	15 (47%)
HIV	Positivo	15 (47%)
	Negativo	17 (53%)
Diagnosi psichiatriche pregresse	Sì	12 (38%)
	No	20 (62%)
	Diagnosi: 13 disturbo di personalità	

Tabella 2: Risultati SCL-90-R nel campione totale, (*) individua i punteggi medi > 65 fascia più elevata di punteggio

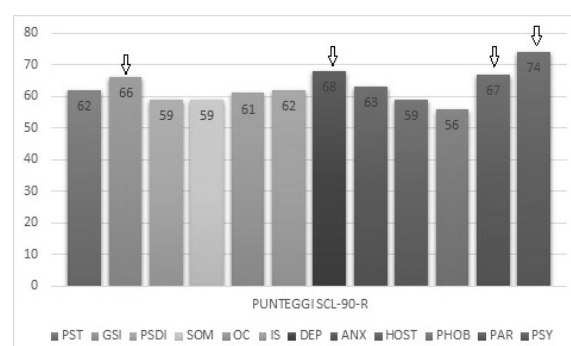
SCL-90-R	MEDIA (m)	Deviazione Standard (DS)	
Somatizzazione (SOM)	59	± 15	Da moderato ad elevato
Ossessività-Compulsività (OBS)	61	± 17	Sintomi sopra la media
Ipersensibilità interpersonale (IS)	62	± 18	Sintomi sopra la media
Depressione (DEP)	68 (*)	± 23	Livello di disagio intensità decisamente elevata
Ansia (ANX)	63	± 20	Sintomi sopra la media
Ostilità (HOS)	59	± 18	Disagio da moderato ad intenso
Ansia fobica (PHOB)	56	± 14	Da moderata a elevata
Ideazione paranoide (PAR)	67 (*)	± 21	Ben al di sopra media del campione di riferimento
Psicoticismo (PSY)	74 (*)	± 29	Ben al di sopra media del campione di riferimento
Global Severity Index (GSI)	66 (*)	± 21	Livello generale di disagio oltre soglia attenzione clinica
Positive Symptom Distress Test (PSDI)	62	± 14	Intensità sintomi lamentati da moderata ad elevata
Positive Symptom Total (PST)	59	± 15	Numero di sintomi riferiti da moderatamente elevato ad elevato

Tabella 3. Risultati BIS-11 nel campione totale

BIS-11	MEDIA (m)	Deviazione Standard (DS)	Riferimento scala BIS-11
BIS - 11 Totale	72	± 9	Molta impulsività
BIS - 11 impulsività cognitiva	17	± 3	Lieve impulsività
BIS - 11 impulsività motoria	25	± 4	Molta impulsività
BIS - 11 impulsività non pianificativa	30	± 5	Molta impulsività

Tabella 4. Analisi correlazioni variabili sociodemografiche e cliniche e variabili psicopatologiche attraverso correlazione di Spearman (p < 0,05)

		Rho Spearman	P (< 0,05)
Sostanza primaria	Depressione	0,460	0,008
	Paranoidei	0,351	0,049
Familiarità positiva	BIS - totale	0,383	0,030
	BIS - cognitiva	0,539	0,001
Titolo di studio	BIS - totale	- 0,487	0,004



Area tematica 6 IL LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA

6.1

IL DIALOGO CON IL LABORATORISTA TOSSICOLOGO SULLA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI CASI BORDERLINE

Varango C.*^[1], Cerutti L.^[2], Gavina M.^[2]

^[1]Asst Lodi - Servizio Dipendenze ~ Lodi ~ Italy,

^[2]AA -ASST Lodi Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia ~ Lodi ~ Italy

Sottotitolo:

Protocollo per la ricerca di sostanze d'abuso

Testo Abstract

Gli specialisti delle Dipendenze, in questi ultimi anni, sono sempre più sollecitati a cimentarsi in un mondo connotato da sostanze sempre più variegata e differenti che rappresentano un quanto di sfida per la clinica e per la formulazione di una diagnosi attenta. Negli ultimi anni si è diffusa l'assunzione di nuove sostanze psicoattive come cannabinoidi sintetici, catinoni, MDPV (metilenediossiprovalerone) che può associarsi ad una pericolosa pratica sessuale conosciuta come chemsex, presente soprattutto in città ad alta densità demografica.

Presso il Ser. D di Lodi si assiste ad una presa incarico di soggetti assuntori di cannabinoidi sintetici, catinoni, oppiacei sintetici oltre che di MDP e tramadolo e dediti al chemsex.

Da più due anni continua la collaborazione tra lo SMEL Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia dell'Ospedale di Lodi e il SerD, che ha messo a regime il protocollo per la ricerca di sostanze d'abuso sia sui tossicologici urinari che sulla matrice cheratinica nel monitoraggio delle tossicodipendenze.

Diventa sempre più prevalente convalidare protocolli che permettano di confermare il consumo di droghe, e

di identificare e quantificare sostanze stupefacenti in varie matrici biologiche. Il riconoscimento analitico delle NSP nei campioni biologici rappresenta quindi, per i laboratori di tossicologia, una problematica di difficile soluzione ma anche una necessità urgente. A seconda del contesto di applicazione, è evidente che le strategie di analisi che comprendano le NSP e molecole non vadano gestite in maniera differente, anche in ragione della tipologia di campione disponibile.

La collaborazione in un'ottica di integrazione tra SerD e Laboratorio Ospedaliero continua a lavorare per avvalersi anche dei vantaggi della matrice cheratinica rispetto all'analisi urinaria quali: l'utente si sottopone ad un esame diagnostico la cui invasività di procedura è pressoché assente, l'alta specificità del test è in grado di determinare una maggiore affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento, diminuisce la possibilità di esporsi a rischio biologico per l'operatore, modalità di conservazione più semplice e la diminuzione dei carichi di lavoro.

I casi di difficile lettura analitica, per la presenza di sostanze diverse da quelle ricercate dal tossicologo del SerD, deve tenere in considerazione il costante dialogo con il tossicologo laboratorista per arrivare a fare una diagnosi che sia sempre più attenta e che aiuti gli operatori del SerD a orientare l'utente ad un percorso di cura individuale e specifico.

6.2

ANALISI TOSSICOLOGICHE SU SALIVA: UTILITÀ E LIMITI DELLA PRATICA CLINICA NELL'ESPERIENZA DELL'UOC DIPENDENZE DI BERGAMO

Chiara F.*^[1], Corbetta A.^[1], Plebani G.^[1],
Cordoni B.^[1], De Cristofaro M.^[1], Bianchi E.^[1],
Colombi F.^[1], Cornolti M.^[1], Fumagalli P.^[1],
Vaifarini M.A.^[1], Donadoni P.^[1], Riglietta M.^[1]

^[1]ASST Papa Giovanna XXIII ~ Bergamo ~ Italy

Sottotitolo: Nell'ultimo anno e mezzo, il SerD di Bergamo con il personale infermieristico, ha sperimentato e utilizzato il test rapido salivare. Ad ogni nuovo paziente in carico, viene proposto il test salivare unitamente agli esami tossicologici standard (urine e matrice cheratinica) e in alcuni casi specifici è stato effettuato su giudizio clinico del medico.

Testo Abstract

Introduzione

Il test salivare è un interessante matrice biologica alternativa al sangue ed urina. La saliva è stata sempre più utilizzata come strumento analitico negli studi di farmacocinetica [1-2], nel monitoraggio terapeutico dei farmaci e delle droghe d'abuso sul posto di lavoro [3-4], nei lavoratori che svolgono mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi; nelle analisi finalizzate alla diagnosi di intossicazione e nel trattamento di tossicodipendenti [5-6] e nell'accertamento di assunzione di sostanze stupefacenti nella guida di qualsiasi tipo di autoveicoli da parte delle forze dell'ordine. Ad oggi, l'utilizzo del test salivare è progettato proprio per la ricerca di sostanze stupefacenti (SS) senza la necessità di un laboratorio di analisi sofisticato e di apparecchiature specifiche per effettuare test di screening, è in grado di fornire un risultato qualitativo entro pochi minuti dalla raccolta del campione. Il test salivare è stato visto come un'alternativa non invasiva, senza l'intrusione della privacy e con pochissime possibilità di adulterazione. Sebbene venga utilizzata la saliva, ciò non può essere considerato un sostituto dell'esame

del sangue o dell'urina. Ogni matrice biologica ha i suoi vantaggi e svantaggi tuttavia per la saliva, la sua raccolta potrebbe essere ostacolata dalla mancanza di liquido disponibile dovuto a una serie di fattori fisiologici, compreso l'uso stesso di droghe. È importante ricordare i tempi di permanenza delle sostanze stupefacenti nella saliva: cocaina tra i 10 min 24 h, THC fino a 14 h, oppiacei da 1 h a 72 h, amfetamine da 10 min a 72 h. L'esito del test dipende dalla concentrazione degli analiti presenti nella matrice che variano con la dose della sostanza assunta, in funzione della via di assunzione, del periodo di tempo intercorso fra l'assunzione e la raccolta del campione e dello stato fisico dell'individuo, quindi non fornisce informazioni sulle quantità di sostanza consumata.

Obiettivo

Vvalutare utilità e limiti del test salivare per lo screening rapido delle droghe nella pratica clinica nei servizi delle dipendenze.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione retrospettiva dei test salivari eseguiti in un periodo di 15 mesi (dal 1.04.22 al 31.06.23). Sono stati considerati tutti i pazienti che hanno effettuato il test salivare con SoToxa™ Mobile Test System, un analizzatore portatile e leggero, facile da usare ed affidabile, progettato per lo screening delle seguenti SS (Oppiacei, cocaina, cannabinoidi, amfetamine e metamfetamine) nella guida di qualsiasi tipo di veicolo per soddisfare le esigenze delle forze dell'ordine nei controlli dei guidatori di veicoli e dei controlli nei luoghi di lavoro. I casi inclusi sono stati valutati per età, sesso, SS dichiarate, tempo passato dall'ultima assunzione, dose utilizzata e farmaci utilizzati nell'ultima settimana. Il test salivare è stato proposto dal personale infermieristico durante la valutazione di triage ad ogni paziente sia con disturbo da uso di SS sia nei pazienti in carico per il solo disturbo da uso di alcol. È stato effettuato in alcuni casi specifici su giudizio clinico del medico (ad esempio in un quadro clinico compatibile ad un'intossicazione e/o sindrome d'astinenza da oppiacei oppure nel caso in cui un paziente aveva difficoltà alla raccolta delle urine per esecuzione del test rapido).

Risultati

Nel periodo oggetto di studio, il test salivare è stato effettuato ad un totale di 292 pazienti. (Maschi 85%, età media 39 anni). Tra questi, il 27% (78 su 292 pazienti) hanno dichiarato di usare solo alcol, negando il consumo di SS recente, nel 13% di questi casi (10 casi su 78) l'esito del test salivare ha dato esito posi-

tivo ad una o più SS: tre casi al Thc (in tutti i tre casi veniva riferito solo successivamente all'esito del test un consumo sporadico di Thc, in un caso l'ultimo consumo 15 giorni prima, non confermato dall'esame urinario visto la difficoltà alla minzione e gli altri due casi confermati tramite tossicologico urinario) e sette casi alle amfetamine; confermati come falsi positivi dall'esito negativo dell'esame urinario. Di questi 7 casi che hanno dato falsa positività alle amfetamine, tre pazienti non assumevano terapia cronica, mentre gli altri quattro pazienti riferivano di essere in terapia cronica con farmaci antipertensivi, ipoglicemizzanti orali, inibitori selettivi del reuptake di serotonina (SSRI) e stabilizzatori dell'umore (propranololo, bisoprololo, diltiazem, atenololo, furosemide, dapagliflozin, pantoprazolo, pregabalin, escitalopram, acido valproico e litio), uno di questi quattro pazienti assumeva anche terapia antiretrovirale (HAART). Nel 8 % (7 su 83 pz) dei casi in cui veniva dichiarato il consumo di THC recente (entro le 24 h) da solo o associato ad altre sostanze, il test salivare è risultato negativo, mentre veniva confermata la presenza nel tossicologico urinario. Nel 4% dei casi (12 su 292 pz) riferivano di non usare né alcol né sostanze ed erano già astinenti da anni. Nel 1% dei casi (4 su 292 pz.) avevano una diagnosi di farmacodipendenza, i test rapidi salivari sono risultati in tre casi negativi a SS mentre uno ha mostrato una falsa positività ad amfetamine (paziente assumeva in terapia cronica tapentadolo, tramadolo, paracetamolo, lorazepam, pregabalin, ketoprofene, vortioxetina) e positivi all'esame urinario (tre casi positivi al metadone e l'altro positivo all'ossicodone). Ad oggi, farmaci che il test salivare non analizza. Nel restante 68 % (198 su 291 pazienti) hanno dichiarato un consumo di SS (recente o passata), solo in 20 casi pari al 7% del totale c'è stata una discrepanza tra quanto riferito dal paziente e il test salivare risultato positivo alle amfetamine, tutti confermati dall'esito negativo dell'esame urinario a tale sostanza. Un unico caso di riferito consumo di cocaina due settimane prima con riscontro di test salivare negativo, positività urinaria ad amfetamine e paziente in terapia con antidepressivi (promazine e trazodone).

Nel 12% dei casi (35/292) all'esame urinario si è riscontrato un consumo contemporaneo di più SS rispetto al dato anamnestico riferito e risultato al test salivare (16 casi Thc, 8 casi Cocaina, 7 casi MTD, 2 casi BUP e 2 casi ossicodone). Il test salivare nel 4% dei casi è stato utilizzato in sostituzione all'esame tossicologico urinario.

In due casi la particolarità è stato il riscontro di una positività al test salivare a cocaina e tossicologico urinario risultato negativo nel primo caso e negativo il

test rapido urinario nel secondo caso. In entrambi i casi veniva riferito un consumo 96 h prima di cocaina, queste positività ipotizzano un consumo recente rispetto alle 96 h dichiarate. Analizzando però la media dei tempi di permanenza di ogni singola sostanza nella saliva dei 292 pazienti reclutati, possiamo affermare che in base a quanto dichiarato il test salivare è risultato positivo fino a 31,23 h dopo il consumo di cocaina, dopo 22,5 h dal consumo di Thc, dopo 25 h dal consumo di oppiacei.

Conclusioni

Il test salivare può essere considerato un ottimo strumento per individuare un uso recente di SS oltre che per i medici del lavoro, anche in situazione d'urgenza come in pronto soccorso sia in un reparto o in carcere nel sospetto di un consumo recente, nei casi di tossicodipendenti in trattamento e nei casi di idoneità alla guida (valutazione differenziale fra attualità d'uso e abitudine). È da valutare in tutte quelle situazioni in cui è difficile raccogliere un campione urinario o per vergogna o perché il paziente rifiuta di sottoporsi al test urinario per la ricerca delle SS. Il test è affidabile e di facile utilizzo. La raccolta rapida dei fluidi orali è facile da ottenere sul campo e meno invasiva del prelievo di urine o di sangue (POCT). Il processo di raccolta osservato limita le preoccupazioni di adulterazione e di manomissione. Con la stampa dei risultati accurati direttamente in loco, il sistema elimina la soggettività e l'errata interpretazione dei risultati dei test rapidi urinari e quindi una maggiore affidabilità. Gli svantaggi potrebbero essere il costo, il test salivare che ricerca oppiacei, cocaina, cannabinoidi, amfetamine e metamfetamine costa otto volte tanto rispetto al costo della medesima analisi effettuata su urine (test rapido urinario) e il limite delle sostanze analizzate che ad oggi non analizza metadone, buprenorfina e fentanyl. In base alla nostra esperienza, possiamo affermare che il dato positivo è dovuto sia al recente uso ma anche alla quantità consumata e riferita dal paziente, i tempi di permanenza delle SS nella saliva per la cocaina ed oppiacei è stata anche di 96 h e per i casi di Thc si è riscontrato anche dopo 48 h dal consumo.

Area tematica 7

GIOCO D'AZZARDO, IAD E ALTRE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

7.1

GAP GEOGRAFIE DELL'AZZARDO PATOLOGICO

STORIA DI UN TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DENTRO LA SEMANTICA DEL GIOCO

Riccardi A.*^[1], Manfredini S.P.^[1], Maccarini B.^[1], Brambilla G.^[2], Scopelliti C.^[3]

^[1]ASST Santi Paolo e Carlo - SC Area Penale e Penitenziaria -SS SerD Carcere di Bollate e Tribunale ~ Milano ~ Italy,

^[2]Università Cattolica del Sacro Cuore Facoltà di Psicologia ~ Milano ~ Italy,

^[3]Università Vita Salute San Raffaele Facoltà di Psicologia ~ Milano ~ Italy

Sottotitolo: Il progetto nasce con l'obiettivo di intercettare pazienti GAP e, attraverso un trattamento intramurario multidisciplinare, aumentare le competenze emotive, sostenere un processo di responsabilizzazione rispetto alle proprie condotte, individuare i bias cognitivi e gli errori di pensiero connessi, per provare a ristrutturare la semantica del gioco.

Testo Abstract

Il progetto GAP del SerD Carcere di Bollate e Tribunale è attivo nella seconda casa di Reclusione di Milano - Bollate da aprile 2021. Il progetto nasce con l'obiettivo di intercettare i pazienti che riferiscano problematiche di gioco d'azzardo. Le fasi operative del progetto si possono così riassumere:

1. Fase di insediamento

Costruzione di una rete con figure professionali interne al carcere (nello specifico Educatori Ministeriali, Psicologi ex art 80, Area Sanitaria e referente Nuovi

Giunti, interno all'èquipe SerD) per intercettare pazienti che riferiscono e/o evidenziano un DGA.

2. Fase di valutazione a fini diagnostici

La fase di insediamento del progetto ha portato a numerose segnalazioni di detenuti giocatori d'azzardo meritevoli di approfondimento. I pazienti intercettati vengono presi in carico dal SerD interno e iniziano un percorso valutativo che consta di quattro colloqui clinici di assessment. È stato costruito un questionario per la raccolta anamnestica arricchito in corso d'opera, fino a comprendere le seguenti sezioni: dati anagrafici della persona, anamnesi familiare, anamnesi della famiglia nucleare, sezione riguardante il reato, sezione riguardante le altre eventuali dipendenze, area psicopatologica, sezione specifica sul gioco d'azzardo (inizio, durata, modalità di gioco, ultima giocata, indagine sulle tipologie di gioco e sul denaro speso, tempo settimanale deputato al comportamento di gioco e alla ricerca di denaro) e area economica-debitoria.

Ad ogni paziente è somministrata una batteria di test specifici per DGA: Canadian-SOGS, GRCS e BIS 11, e quando necessario sono stati effettuati approfondimenti con SCL-90, GPQ, TAS 20 e SCID V.

A conclusione dell'iter diagnostico, quando l'insieme delle risultanze lo ha permesso, è stata posta diagnosi di DGA con specifico livello di gravità e indicazione su eventuale remissione. Nel corso dei primi mesi di operatività, il progetto ha inoltre portato alla definizione di procedure per l'intercettazione precoce dei giocatori in carcere, poi rese stabili attraverso la collaborazione con l'area Nuovi Giunti del nostro Servizio: nel corso dei primi due anni di operatività sono stati segnalati 239 giocatori, di cui 157 risultano ad oggi valutati e diagnosticati GAP. I restanti 82 soggetti sono ancora in fase di valutazione.

Di seguito alcuni grafici che riportano le nostre prime analisi descrittive sul campione:

Grafico 1 - giocatori intercettati

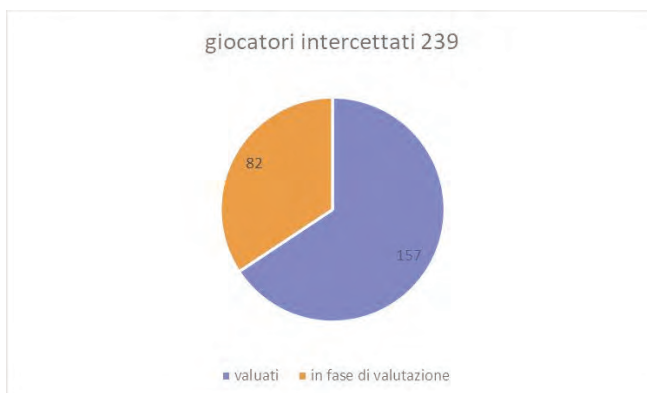
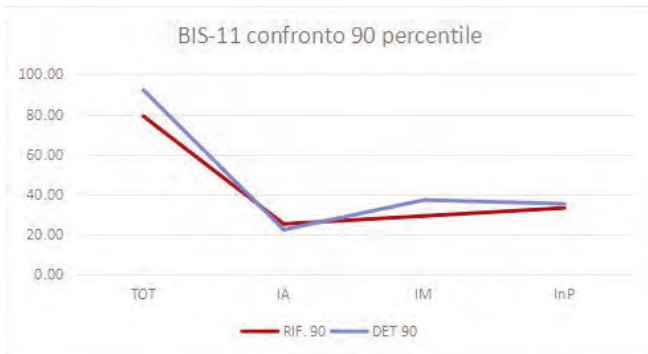


Grafico 2 – BIS-11 90°percentile



Legenda

- IA: impulsività attentiva
- IM: impulsività motoria
- InP: impulsività da non programmazione

Grafico 3 – GRCS confronto campione italiano e SerT intramurario +

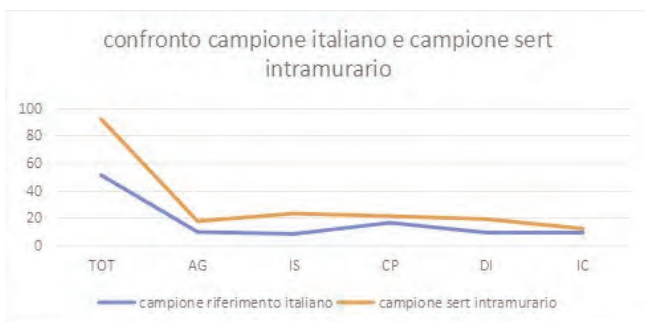
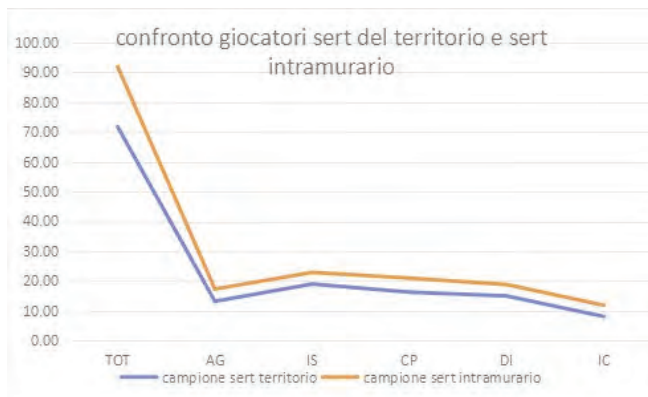


Grafico 4 – GRCS confronto giocatori SerT territorio e SerT intramurario



Legenda grafico 3 e 4

- AG: aspettative dal gioco
- IS: incapacità a smettere
- CP: controllo predittivo
- DI: distorsioni interpretative
- IC: illusione di controllo

L'importante numero di pazienti intercettati e l'evidenza di un alto livello di impulsività motoria, insieme alla presenza di un pensiero contaminato da convinzioni erranee e a livelli di gravità elevati rispetto a giocatori in trattamento ma privi di misure restrittive

della libertà, ha reso urgente la progettazione di un intervento che si è realizzato in forma gruppale, a partire da novembre 2021.

3. Fase degli interventi di trattamento intramurario
La proposta trattamentale intramuraria si è sviluppata in itinere implementando quando necessario, con nuovi contenuti e nuove proposte:

Livello trattamentale 1 -IL GRUPPO PSICOEDUCATIVO
Tale livello trattamentale prevede un percorso di Psicoeducazione in un contesto gruppale, al quale i pazienti possono accedere solo dopo aver concluso il percorso valutativo-diagnostico. Il livello trattamentale 1 ha una durata complessiva di 8-10 incontri a cadenza settimanale. Gli incontri sono condotti, anche in virtù della numerosità dei gruppi, da due psicologhe psicoterapeute. Durante questi incontri si sostengono i pazienti in un processo di comprensione della problematica che gli permetta di uscire dallo stigma del "vizio". Infatti i primi incontri sono esclusivamente volti ad aiutare i pazienti a comprendere il concetto di patologia-dipendenza, e a poterlo adeguatamente utilizzare. Vengono poi fornite informazioni sul funzionamento della mente e sugli errori cognitivi che si generano i quali, se non riconosciuti, conducono a una scorretta interpretazione del dato di realtà, perpetuando in questo modo il comportamento di gioco. Si sostengono i pazienti in un percorso motivazionale, che li possa aiutare a scegliere o mantenere un comportamento di astensione.

Un ulteriore elemento di lavoro riguarda il poter far comprendere quali sono ad oggi le possibilità di cura e i diversi percorsi terapeutici attuabili, aiutando i pazienti a comprendere come la remissione, anche se prolungata e/o in ambiente controllato, non debba essere intesa come indice di guarigione. Proprio sulla base della necessità di trattare queste tematiche si è pensato di concludere il percorso di primo livello con l'inserimento di due incontri con le Assistenti Sociali del Servizio, in modo da poter avere uno spazio dedicato ad approfondire le possibilità trattamentali esterne, a fronte di una diagnosi di DGA. Vengono fornite informazioni sulle misure terapeutiche alternative alla detenzione e alla possibilità di accesso alle Comunità terapeutiche con modulo sul Gioco D'azzardo.

Livello trattamentale 2 - IL GRUPPO PSICOLOGICO

La psicoeducazione ha suscitato molto interesse e si è dimostrata strumento utile nella comunicazione di temi significativi e facilitante la comprensione e l'interesse dei partecipanti. I temi che hanno colpito i

giocatori e che sono stati snodo di insight riguardano il livello cognitivo di approccio al problema e, nello specifico, il meccanismo comportamentale della dipendenza, le distorsioni cognitive e il loro impatto sul comportamento, l'irrealismo del pensiero, il funzionamento per schemi e l'importanza di correggere le proprie mappe mentali. Dopo i primi 8 mesi di gruppi, sulla base del lavoro svolto e sulla base dei feedback dei partecipanti, abbiamo riflettuto sulla opportunità di proporre un intervento di secondo livello per accogliere ai bisogni emersi durante la psicoeducazione e rispondervi con un ascolto psicologico in un tempo più lungo; abbiamo quindi introdotto un percorso psicologico di gruppo, a cadenza settimanale, della durata di 6-7 mesi, a cui possono accedere solo i pazienti che abbiano completato i precedenti cicli trattamentali. Tale percorso si pone come obiettivo quello di poter aiutare i pazienti ad affrontare gli aspetti di natura emotiva connessi alla dipendenza da gioco, una volta chiariti quali siano i bias cognitivi e in generale gli errori di pensiero che concorrono a perpetuare il comportamento di gioco. A seguito dell'aver lavorato in gruppo su tali aspetti, all'aver formato un gruppo di lavoro in cui si sia ridotta la componente dello stigma, dell'isolamento e della vergogna, (elementi estremamente presenti in questa tipologia di pazienti), si assiste a una maggior disponibilità ad affrontare aspetti più intimi e personali legati alla propria storia. Tale livello trattamentale vuole procedere nel fornire corrette informazioni sul tema della dipendenza da gioco (lettura congiunta del DSM V, fornire elementi scientifici sulla dipendenza, craving, tolleranza e astinenza) in modo che i pazienti possano usare criteri scientifici per leggere e interpretare la propria problematica e i propri comportamenti, in sostituzione di un sapere soggettivamente costruito su credenze e idee erranee. Due elementi su cui si lavora in questo percorso attengono l'impulsività e le scarse competenze emotive di questi pazienti, di cui si ha corrispondenza a partire dalle risultanze della somministrazione delle batterie di test (BIS 11, GRCS e TAS 20). In una quota questo percorso vuole sostenere i pazienti nell'analisi più approfondita dei propri comportamenti legati al gioco, esplorando gli aspetti emotivi e affettivi che sottendono il comportamento. In questo modo risulta possibile far emergere bisogni psicologici importanti non riconosciuti o negati che, alla stregua delle cognizioni errate e delle false credenze in materia, concorrono a perpetuare il comportamento di gioco.

Di fondamentale importanza è affrontare tale percorso in gruppo, in modo che l'esperienza dell'Altro, inteso come altro da Sé, possa funzionare da vettore di

rispecchiamento, incrementando i processi di mentalizzazione, elaborazione e riduzione della vergogna e dell'isolamento ad essa collegata. Nel corso dei gruppi abbiamo assistito a vere e proprie "illuminazioni" che aprivano a considerazioni su aspetti emotivi, quelli che abbiamo chiamato "l'altra gamba su cui cammina il GAP" e che ci hanno permesso di soffermarci sulle emozioni sottese ai momenti di craving, a quelli di gioco e a quelli dell'evidenza della perdita per risalire ai momenti significativi della vita del paziente attraverso cui quelle stesse emozioni trovano un significato.

Con questo modello sono stati condotti 10 gruppi: 7 gruppi di primo livello e 3 di secondo livello. I gruppi hanno riscontrato una buona partecipazione da parte dei pazienti e minimi casi di drop-out (<10%) per lo più dovuti a scarcerazioni per accoglimento istanze di misure alternative o per concessione di art.21.

Tracce di alcuni dei temi trattati nei gruppi di 2° livello:

GIOCO

Si basa sulle mie abilità\capacità

Posso migliorare tramite l'allenamento\apprendimento

Ha delle regole

Miglioro se imparo delle strategie

Lo si pratica per divertimento

C'è una competizione positiva

Si basa sulle mie abilità\capacità

Posso migliorare tramite l'allenamento\apprendimento

Ha delle regole

Miglioro se imparo delle strategie

Lo si pratica per divertimento

C'è una competizione positiva

C'è sempre una posta in palio

La posta in palio è irreversibile

Si fonda sul caso

La mia vincita o perdita non è prevedibile

La sorte della partita non è influenzabile

Diventa un'attività assidua ("quasi un lavoro").

Coinvolge dei bias cognitivi che si basano sulle strategie che abbiamo appreso sul gioco

Stimola il circuito della gratificazione e produce piacere

Comporta il mentire, agli altri e spesso a sé stessi

Irrefrenabile, perdere il controllo su sé stessi

GIOCO D'AZZARDO

C'è sempre una posta in palio

La posta in palio è irreversibile

Si fonda sul caso

La mia vincita o perdita non è prevedibile

La sorte della partita non è influenzabile

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Diventa un'attività assidua ("quasi un lavoro").
Coinvolge dei bias cognitivi che si basano sulle strategie che abbiamo appreso sul gioco
Stimola il circuito della gratificazione e produce piacere
Comporta il mentire, agli altri e spesso a sé stessi
Irrefrenabile, perdere il controllo su sé stessi

TRIADE DELLA DIPENDENZA

CRAVING

ASTINENZA TOLLERANZA

CRITERI DSM-5 G.A.P.

Il DSM-5 classifica il disturbo in lieve, moderato e grave.

I criteri diagnostici sono:

Criterio 1: Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata.

Criterio 2: È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

Criterio 3: Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

Criterio 4: È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare).

Criterio 5: Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso).

Criterio 6: Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite "inseguite").

Criterio 7: Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

Criterio 8: Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o un'opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo.

Criterio 9: Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

Immaginando di entrare in una sala slot... quali sono i pensieri e le emozioni collegati?

Emozioni:

- eccitazione, felicità, lasciare fuori tutti i problemi
- euforia, pronto alla sfida, ottimismo
- ansia

Pensieri:

- pochi e ovattati
- quanti sono i miei sfidanti?
- penso solo a me: "essere egoista"
- non penso nemmeno un attimo

Ricorriamo al sistema P.E.C. Pensieri + Emozioni + Comportamenti

Se fossi un attore e dovessi recitare nel ruolo dell'uomo che entra in sala slot, come faresti? Roleplay

• PENSIERO

- Non c'è pensiero

• EMOZIONE

- ansia perché voglio giocare subito
- paura di quello che succede quando perdo soldi
- agitazione
- nervoso perché c'è nessun pensiero fila e non voglio aspettare

- gioia perché sono arrivato al mio obiettivo

• COMPORTAMENTO

- non guardo nemmeno chi c'è intorno
- mi preparo per l'isolamento
- non vedo nemmeno la porta

Cosa vi scollega dall'esterno? Desiderio di evadere dai problemi, soddisfare un bisogno.

Cosa vi colpisce delle tre colonne?

Le emozioni sono molto simili per noi, proviamo cose simili; c'è solo un pensiero manca la componente cognitiva, è un automatismo, c'è una quantità ridotta di pensiero su di me sulle esperienze e sul comportamento sono istinto puro.

Questa descrizione in termini di PEC, raccolta in gruppo, è particolarmente congrua alle risultanze della valutazione nella dimensione dell'impulsività motoria ed evidenzia la carenza della funzione cognitiva e della programmazione dell'azione.

Cosa succede quando vinco o perdo?

COSA DICONO DI ME I SOLDI?

Occorre sviluppare un pensiero riguardo ai soldi, perché se si sta nell'idea che "non è importante" interviene una svalutazione che non permette di individuare gli elementi di un rapporto che alimenta il DGA. È necessario capire quali sono le sfumature del proble-

Tabella 5 – *Pensieri Emozioni Comportamenti*

quando vinco...	quando perdo...
<ul style="list-style-type: none"> - "Come spendo i soldi che ho vinto?" - "Quanti soldi ri gioco?" - "Che debiti ripago?" - Convinzione di essere migliore "Domani vincerò di più perchè ho più soldi" - "Finalmente è arrivata la fortuna che merito" 	<ul style="list-style-type: none"> - "Come faccio a tornare a giocare?" - "Come recupero i soldi persi?" - Pensare alle bugie da dire - "Cosa ho sbagliato?" - "Come avrei speso diversamente quei soldi?" - "Cosa dico a casa?" - "Chi me lo ha fatto fare?" - "Non me lo merito"
<ul style="list-style-type: none"> - Euforia - Esaltazione - Felicità - Appagamento - Senso di benessere 	<ul style="list-style-type: none"> - Rabbia verso sè stessi - Senso di inutilità - Delusione - Depressione
<ul style="list-style-type: none"> - Appetito sessuale - Ascoltare musica ad alto volume - Guidare spericolatamente - Fare shopping compulsivo - Mangiare in modo disordinato - Andare a pagare debiti di gioco - Andare a fare beneficenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Fumare - Piangere - Cercare altro denaro - Mangiare in modo disordinato

ma, ragionare su cosa nella mia storia mi impedisce di capire che il tema del denaro va trattato e perché è un tema così limitato per me.

COME LA NOSTRA FAMIGLIA GESTIVA IL TEMA DEL DENARO?

- i soldi sono un segreto, qualcosa da tenere nascosto dagli altri, da non fare vedere
- sentirsi meno di qualcun altro per quello che non ho, "le mie insicurezze sono dovute da quello che non ho avuto in termini di presenza\denaro"
- i soldi sono senza valore
- i soldi vanno e vengono.

Il gruppo di secondo livello ci ha mostrato la pregnanza dei bias cognitivi (spesso caratterizzanti la sottocultura deviante) e quanto essi condizionino la riflessione sul tema del gioco e sul tema dei loro propri comportamenti devianti/delinquenziali. In quest'area si intersecano la psicologia e la criminologia e dunque ci è sembrato necessario portare nei gruppi un contributo criminologico, che potesse fungere da osservatorio in merito a tematiche spesso meno affrontate in ambito trattamentale ma che potessero aprire uno sguardo nuovo in termini di revisione critica del reato e di rielaborazione delle condotte devianti e che, nel corso della loro vita, hanno avuto un ruolo centrale in termini di criminogenesi. In particolare, nel campo del gioco d'azzardo, si è ritenuto fondamentale garantire un affondo in tema di giustificazioni morali e rapporto con il denaro, partendo dalla convinzione che l'approc-

Tabella 6 – *Diagramma del valore soggettivo del denaro*

cio psicologico sul tema abbia una forte connessione con quello criminologico. La prima esperienza è stata proposta a due gruppi che avevano appena terminato il secondo livello e a breve, in considerazione dell'interesse suscitato, sarà proposta a tutti coloro che hanno frequentato almeno il primo livello.

Livello trattamentale 3 -IL GRUPPO CRIMINOLOGICO

Il terzo livello trattamentale prevede un percorso criminologico in un contesto di gruppo allargato, al quale i pazienti hanno accesso dopo aver concluso almeno uno dei livelli precedenti. Il gruppo criminologico si sviluppa in cinque incontri, che all'occorrenza possono essere estesi a sei, a cadenza settimanale e si è posto come obiettivo quello di fornire alcuni spunti criminologici affinché si potessero aprire dei nuovi canali di riflessione in tema di reato e responsabilità, patologia e sistema penale, percezione del valore del denaro e valutazione delle proprie scelte. Un'occasione di rielaborazione su più livelli che potesse anche stimolare un processo di revisione critica a integrazione del percorso detentivo individuale di ciascuno, nella prospettiva di un futuro reinserimento in società. Nello specifico, gli incontri di gruppo sperimentati, condotti da una criminologa clinica con la co-conduzione di una psicologa psicoterapeuta, si sono concretizzati attraverso lo svolgimento di laboratori pratici e discussioni tematiche, brainstorming, produzione di scritti a seguito della somministrazione di domande ed esercizi individuali e collettivi, per favorire la partecipazione attiva di tutti e la possibilità di mettersi in gioco, garantendo momenti di confronto e condivisione.

Durante gli incontri, obiettivo centrale è quello di orientare i pazienti detenuti a osservarsi anche a partire dal reato compiuto, per conoscere aspetti giuridici poco chiari, scoprire come il sistema penale interagisce e interviene in tema di gioco d'azzardo patologico, provare a riconoscere i punti di connessione esistenti tra reato e dipendenza e guardare alle proprie azioni come dei gesti consapevoli e non circostanze fortuite in balia del caso.

Il lavoro in una dimensione di gruppo consente dunque un confronto e una riflessione in tema di responsabilità e consapevolezza delle proprie scelte, con l'obiettivo di riconoscersi protagonisti delle proprie decisioni. Ciò è possibile facendo emergere e intervenendo sulle cd giustificazioni morali e dunque sugli elementi di neutralizzazione della responsabilità che non di rado mette in atto chi compie gesti antiggiuridici. L'obiettivo dell'intervento su questi aspetti è identificare i rischi dell'utilizzo di tali espressioni e di interiorizzare i processi decisionali al fine di giungere a una descrizione di sé esente da filtri morali, riconoscendo dei possibili linguaggi alternativi che possano orientare un differente approccio comportamentale.

Esempi di giustificazioni morali

"sono caduto in compagnie sbagliate" = DISLOCAMENTO DELLA RESPONSABILITÀ

"si facevano soldi facili" = DISTORSIONE DELLE CONSEGUENZE

"non ero in me, se fossi stato lucido sicuramente non l'avrei fatto" = NEGAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ

"c'è chi commette reati decisamente più gravi" = CONFRONTO VANTAGGIOSO

"è lo stato che si arricchisce sulle nostre spalle/ è colpa dello stato e delle sue leggi" = CONDANNA DI CHI CONDANNA

"se lo meritava" = NEGAZIONE DELLA VITTIMA

"gli ho dato solo una piccola lezione" = MINIMIZZAZIONE DEL DANNO

"non l'ho fatto da solo, io ho iniziato e gli altri hanno continuato" = DIFFUSIONE DELLA RESPONSABILITÀ

"ho fatto solo un piccolo favore" = ETICHETTAMENTO EUFEMISTICO

Altro focus importante per pazienti GAP che hanno intrapreso una carriera delinquenziale riguarda il rapporto con il denaro. Poter affrontare tale tematica in un contesto grupppale consente infatti di esaminare la relazione dei partecipanti con il concetto di denaro e le sue rappresentazioni simboliche, favorendo una riflessione circa il valore emotivo del denaro, a partire dalle motivazioni individuali e dal valore soggettivo che si attribuisce ad esso, in contrapposizione con il suo valore oggettivo e materiale.

Degna di nota, nei detenuti giocatori, risulta essere la tendenza a valutare sé stessi e gli altri a partire da un'identificazione della ricchezza in termini di eccesso (quantità di denaro = qualità della vita e della dignità personale) che rende ancor più necessario un lavoro di costruzione di un pensiero autocritico per allontanarsi da una concezione del denaro dominata da assoluti e rintracciare nuovi significati non totalizzanti ed esenti

da eccessi così sproporzionati.

Conclusioni e considerazioni finali

L'approccio dei partecipanti di tutti i livelli di intervento ha dato prova, in termini di gruppo, di una distorsione cognitiva generatrice di un pensiero illusorio, sostenuto da definizioni sporcate da pregiudizi e convinzioni ingannevoli. La sopravvalutazione di un valore soggettivo legato al livello emotivo, infatti, genera un senso di invincibilità (ricchezza come obbligo morale) che, in un gruppo di giocatori d'azzardo, rappresenta inevitabilmente un benessere instabile e transitorio. Tale approccio orienta i comportamenti in ragione di definizioni contaminate da bias ed errori di pensiero che, durante gli incontri si è cercato di identificare, destrutturare e ricomporre insieme al gruppo. Sulla base delle esperienze condotte ad oggi, risulta indispensabile aggiungere due moduli di trattamento (livello 4 e 5) che ad oggi sono in fase di costruzione: il primo riguarda un percorso di educazione finanziaria, volto ad aiutare questi pazienti a costruire un pensiero realistico e sostenibile in materia economica. Un aspetto importante di questo percorso è inerente all'esplorazione delle specifiche storie familiari e di come entro queste famiglie il tema dei soldi è stato vissuto, trattato e gestito e dei significati ad esso attribuiti, tanto da marcare le più importanti relazioni affettive dei pazienti e da orientarne i futuri comportamenti; il secondo è un percorso di psicoterapia di gruppo che possa permettere a questi pazienti di aumentare le competenze emotive e la consapevolezza circa la propria storia, sostenendo un processo di responsabilizzazione delle azioni e in generale rispetto alle proprie condotte.

Bibliografia

Bellio G., Fiorin A. (2015). *Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto TECHNICAL PAPER n. 5*

Bellio G., Croce M. (2016). *Manuale sul gioco d'azzardo, Diagnosi Valutazione e Trattamenti (a cura di)*

Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico America Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*

Carlevaro T. (2004). *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo -versione 2*

Bianchetti R. (2017). *L'autore di reato con problematiche di dipendenza da gioco d'azzardo: nozioni in tema di imputabilità e di misure alternative alla detenzione" in M. Croce, P. Jarre (a cura di). Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica*

Fiorin A., Gaddi R. (2013). *Gioco d'azzardo, Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore (a cura di). Technical paper n.2*

Capitanucci D., Capitanucci, Smaniotto R. e Colombo A. (2017). "Azzardo: la tua abitudine, la nostra solitudine". *Alea Bulletin*, vol. 5, n. 2 - Pag. 5-6

Capitanucci D., Smaniotto R. (2016). "I danni collaterali del gioco d'azzardo. Riflessioni per l'agenda di ricerca". In: *Matteucci N. e Pavarin R. "L'impatto del gioco d'azzardo in Italia". Prisma. Economia Società Lavoro, anno VII, n. 3. Ed. Franco Angeli. (pubblicato a marzo 2018)*

Capitanucci D. e Bellio G. (2014). *Overdose da gioco d'azzardo: analisi di profili e nodi critici. Psicologia di Comunità*, 1, pp. 47-58.

Capitanucci D. (2010). *Figli d'azzardo. Gioco d'azzardo patologico e trascuratezza dei figli: un tema di cui occuparsi. In: Picone F. (a cura di) "Il Gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche". Carocci Ed.*

Capitanucci, D., & Carlevaro, T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico. Bellinzona, Svizzera: Hans Dubois.*

Matza D. (1976), *Come si diventa devianti, Il Mulino*

Merzagora I., Travaini G. (2015), *Il mestiere del criminologo, il colloquio e la perizia criminologica, Franco Angeli*
 Williams F.P., McShane M. D. (2002), *Devianza e criminalità, Il Mulino*

Per l'assessment sono stati utilizzati i seguenti test:

- *Canadian, Canadian Problem Gambling Index (CPGI; Ferris & Wynne, 2001)*
- *SOGS, South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987)*
- *GRCS, Gambling Related Cognitions Scale (GRCS; Raylu & Oei, 2004)*
- *BIS 11, Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995)*
- *SCL-90, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994)*
- *GPQ, Gambling Pathways Questionnaire (GPQ; Nower & Blaszczynski, 2017)*
- *TAS 20, Toronto Alexithymia Scale (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992)*
- *SCID V, Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5. (Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin e Robert L. Spitzer, Edizione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni, 2017)*

7.2

R.A.M.C. "RI-ATTIVA MENTE E CORPO"

Vidal Tagliapietra M.*^[1], Venturini T.^[2], Garzara F.^[2], Boscolo S.^[2], Margutti E.^[1]

^[1]UOS SerD Azienda Ulss3 Serenissima Venezia-Chioggia ~ Venezia ~ Italy,

^[2]Consulente esterno Progetto "Chiama & Vinci" Azienda Ulss3 Serenissima ~ Venezia ~ Italy

Sottotitolo: COSTRUIRE SPAZI CONDIVISI

Il Progetto "Ri-Attiva Mente e Corpo"¹, è stato concepito come uno strumento all'interno dei Servizi per le Dipendenze² dell'Aulss3 Serenissima, un Laboratorio Sensoriale proponente attività creative e artistiche destinato ai familiari di utenti seguiti per problematiche di dipendenze da sostanze e comportamentali.

Testo Abstract

Introduzione

Il presente progetto mira, principalmente, ad offrire ai familiari dei pazienti addicted, occasioni di socializzazione e relazione, orientati alla valorizzazione delle risorse, aree di sperimentazione particolarmente segnate dalle limitazioni legate al COVID-19.

La pandemia ha accentuato le difficoltà comunicative e relazionali, soprattutto per chi già manifestava qualche fragilità nell'inserirsi nel contesto sociale, portando ad un aumento dell'isolamento e dell'emarginazione. In questa prospettiva, il progetto si propone di riattivare processi mentali volti alla socialità e alla connessione con i propri sensi, al fine di contrastare la solitudine e l'esclusione.

Si attinge sia alla teoria dell'Integrazione Sensoriale¹, che enfatizza il ruolo cruciale delle esperienze sensoriali e motorie nel benessere generale, sia all'approccio psico-educativo nell'arte-terapia. Quest'ultimo è considerato un'opportunità per stimolare i sensi e promuovere l'integrazione sensoriale, contribuendo così al miglioramento dell'autoregolazione e del benessere.² L'iniziativa "R.A.M.C." è parte del progetto "Chiama & Vinci" che si impegna nel contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo³, e questa attività si è sviluppata trasversalmente coinvolgendo diverse sedi dei servizi dipartimentali che trattano dipendenze da sostanze e comportamentali, mediante l'intervento di diverse

figure professionali con competenze complementari. L'obiettivo è creare una strategia di prevenzione e gestione dell'isolamento sociale, concentrata inizialmente su familiari di pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), ma estendibile ai familiari di chi soffre di Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbo da Uso di Alcol (DUA) per implementare le strategie di gestione dell'isolamento sociale causato da stigmatizzazione interna⁴, mancanza di supporto familiare o amicale.

L'intervento mira a promuovere una connessione con il proprio mondo interiore cercando di costruirne una visione di luogo sicuro e calmo a cui fare riferimento mentre si sperimentano situazioni "esterne" che portano nella direzione dello stigma e del malessere. L'arte, secondo la teoria dell'Espressione Creativa⁵, diviene uno strumento che permette ai partecipanti di comunicare emozioni e pensieri difficili da esprimere verbalmente. L'attività creativa facilita l'esplorazione e l'elaborazione di temi personali, contribuendo alla comprensione di sé e al benessere emotivo. L'arte come espressione artistica neutralizza lo stigma e valorizza l'interiorità, consentendo la creazione di una nuova e significativa dimensione interiore. Questo diviene cruciale, soprattutto per soggetti insicuri e fragili, poiché separa il sé da ciò che accade all'esterno, percepito spesso come fallimentare. Riscoprire l'importanza di sé, l'espressione personale e la propria interiorità diviene un passo fondamentale per riconquistare la cura di sé, abbracciando un atteggiamento compassionevole rivolto a sé stessi e agli altri.

Metodo e traget

Il progetto "R.A.M.C. - Ri-Attiva Mente e Corpo" è concepito come un laboratorio sensoriale rivolto ai familiari dei pazienti coinvolti nel percorso terapeutico per la cura delle dipendenze. Attraverso quattro moduli distinti, la metodologia si basa su esperienze artistiche che mirano a favorire l'integrazione e il benessere emotivo.

Il progetto si sviluppa in collaborazione con una consulente esterna⁶ e coinvolge sei pazienti con diverse forme di dipendenza.

I moduli affrontano tematiche quali l'applicazione della cromoterapia nella creazione artistica, l'uso della creta come riappropriazione di manualità, la visione di video e testi storici per arricchire l'esperienza sensoriale e l'atto di dipingere come sintonia con l'anima e riscoperta del proprio talento. La realizzazione culmina in una mostra collettiva, aperta anche alla cittadinanza, presso "Palazzo Nani Bernardo" a Venezia, promuovendo l'espressione e l'integrazione tra i partecipanti e contrastando lo stigma legato alle dipendenze. La

mostra ha coinvolto la comunità, sensibilizzando sul potere delle attività artistiche nel migliorare le vite e ridefinire le percezioni sociali e le testimonianze raccolte evidenziano questa trasformazione.

La condivisione delle opere create è di inestimabile valore, poiché il processo terapeutico si estende oltre la creazione stessa. La condivisione, unendo elementi artistici e del contesto, si dimostra un motore di cambiamento e vitalità rinnovata. L'esperienza è stata documentata attraverso materiali audio/video e fotografici, seguendo l'approccio della scuola francese di fotografia⁷, che cattura le emozioni e l'essenza umana. Le immagini fungono da archivio e riepilogo del percorso, facilitando scambio e supporto tra i partecipanti.

Fotografare non solo le opere realizzate, ma anche le esperienze durante le attività, ha contribuito a considerare il gruppo come spazio autentico di relazione e scambio, valorizzando l'identità individuale. L'obiettivo principale è stato promuovere l'espressione e l'integrazione attraverso l'arte. La mostra collettiva è stata un'estensione del percorso terapeutico, con un impatto positivo sulla qualità della vita e una sfida allo stigma legato alle dipendenze.

La struttura innovativa e la ricerca hanno guidato questa esperienza, enfatizzando i punti di forza individuali piuttosto che la sintomatologia, attivando risorse e competenze in linea con le prospettive di cambiamento dell'individuo.

Obiettivi e risultati

Il progetto "R.A.M.C. - Ri-Attiva Mente e Corpo" mira a migliorare in modo significativo il benessere psico-fisico dei partecipanti attraverso attività creative, condivisione e interazione.

Gli obiettivi specifici includono:

- la promozione della socializzazione tramite il laboratorio espressivo;
- la collaborazione con professionisti multi-disciplinari;
- l'incremento della conoscenza personale e delle risorse;
- la creazione di una rete di sostegno territoriale per contrastare l'isolamento sociale.

Sempre nell'ottica del raggiungimento di tutti questi obiettivi declinati, ciò presuppone una concreta possibilità di superamento del pesante stigma sociale attraverso:

- l'aumentare la propria consapevolezza e l'auto-efficacia;
- l'incrementare la personale conoscenza e la consapevolezza delle proprie risorse;
- il costruire una rete territoriale di protezione e supporto rispetto al grave fenomeno dell'isolamento

sociale, coinvolgendo Associazioni, Fondazioni ed altre realtà del territorio, del privato sociale, oltre alle varie équipe dei vari SerD ed ai dispositivi del Progetto "Chiama & Vinci".

Nella prospettiva di mantenere i benefici rilevati negli otto incontri previsti per l'attuazione del progetto "R.A.M.C.", nel corso dei mesi dal Marzo al Maggio 2023, si è continuato il supporto psicoterapeutico nei confronti dei partecipanti all'esperienza, e sono stati promossi contemporaneamente ulteriori interventi a favore sia dei pazienti che dei loro familiari. Ecco quindi l'attività di "Trekking Urbano" che coniuga movimento, stimoli di carattere culturale e civico, riflessioni di ordine esistenziale e condivisione in gruppo, per recuperare, anche attraverso il riscoprire diversi luoghi del proprio territorio, un piacere naturale di vivere attraverso motivi di personale curiosità ed interesse. Va ricordata, inoltre, l'esperienza del "Orto Alpino", una gita in montagna dei familiari con qualche operatore del gruppo, per valorizzare le situazioni di incontro delle "persone" in un ambito diverso da quello prettamente terapeutico. In questa occasione si è anche proposto un breve percorso di "Mindful Eating", sempre basato sui temi di presenza e consapevolezza, rivolti ad un progressivo benessere della persona.

Valutazioni qualitative/quantitative

Nella prospettiva di misurazione dei risultati attesi, ed anche rispetto allo specifico focus della relativa valutazione, è stata somministrata la versione CBA-VE (con la Valutazione dell'Efficacia).

I risultati si possono visualizzare nei tre grafici allegati:

1. Grafico 01: Test CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment)-Percezione di benessere; (media individuale pre 18,4 e DS 6,10; media individuale post 24,8 e DS 4,08);
2. Grafico 02: Test CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment)-Percezione di cambiamento (media individuale pre 19,4 e DS 3,20; media individuale post 24,2 e DS 0,83);
3. Grafico 03: Test CBA-VE (Cognitive Behavioural Assessment)-Media Totale (media individuale pre 37,8 e DS 8,67; media individuale post 49 e DS 4,69).

Da una prima visione ed interpretazione dei grafici 01 e 02, si ha un immediato riscontro della differenza dei due istogrammi ex ante e ex post, che riportano le misure quantitative delle diverse aree. A partire dal grafico 01, "Percezione di benessere", si nota un sostanziale aumento di questo indice, a seguito dell'esperienza di varie attività ed incontri promossi dal progetto "R.A.M.C.". L'efficacia dell'intervento sembra

essere confermata anche dalla seconda rappresentazione, (grafico 02) che riguarda la percezione di cambiamento: come équipe siamo propensi ad interpretare questo dato come un significativo aumento di fiducia dell'individuo rispetto alle proprie competenze e risorse. L'ultimo grafico (grafico 03), che riporta la media totale, sembra confermare sostanzialmente i risultati evidenziati nelle altre due rappresentazioni, e convalida la differenza di percezione delle varie aree misurate, evidenziandola con un significativo scarto. Arriviamo, quindi, dai dati quantitativi, all'interpretazione di quelli qualitativi che hanno ugualmente un forte impatto dal punto scientifico delle varie misurazioni e che sono rappresentati dalla Tabella 01.

Interventi messi in atto:

1. Progetto "R.A.M.C.";
2. Gruppo di Psicoterapia per Familiari;
3. Gruppo Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.);
4. Psicoterapia individuale e/o di coppia;
5. Uscita al "Orto Alpino" con esperienza di "Mindful Eating";
6. Progetto "Trekking Urbano" [con visite, ad esempio, al "Museo Fortuny" (VE), alla "Biennale di Venezia" (VE), alla Riserva Naturale di "Ca' Roman" (VE)].

Lo sforzo del Servizio, anche rispetto all'esperienza della pandemia e delle sue conseguenze, è stato di mettere a disposizione dell'utenza molteplici attività ed interventi di cui anche il progetto "R.A.M.C." è parte. Ciò, viste le risposte qualitative e quantitative rispetto all'effettiva efficacia di questo progetto, ha consentito la progettazione e l'attuazione di nuove esperienze, sempre finalizzate al benessere della persona.

Testimonianze dell'esperienza

Ci è sembrato utile, a questo punto, raccogliere delle brevi impressioni dei partecipanti rispetto alle attività proposte, che rappresentano un ulteriore indicatore qualitativo dell'esperienza. E' un modo questo per dare voce alle sensazioni ed alle percezioni non solo rispetto al lavoro svolto, ma anche alla qualità della relazione che si è costruita incontro dopo incontro e che rappresenta un valore aggiunto di quanto proposto.

• Marta: "Durante l'attività mi sono sentita tranquilla assieme alle altre persone; sono riuscita a sviluppare tante idee assieme al gruppo e sicuramente la mia creatività è di molto migliorata".

• Elisabetta: "All'inizio dell'attività non è stato facile per me staccare la mente ma, in breve tempo, l'esperta d'arte ha fatto in modo di favorire il mio benessere, consigliandomi di "rallentare" e di concentrarmi sull'attività che richiedeva attenzione e precisione. Grazie a questo suggerimento, sono riuscita ad allontanare la

tensione. Inoltre, sono migliorate le mie abilità nella lavorazione della creta e nel dipingere quanto ero riuscita a creare. La mostra finale dei nostri lavori, nell'incantevole giardino del palazzo "Nani Bernardo, è stata davvero una bellissima esperienza tanto che, incitata dall'esperta d'arte, ho fatto un intervento in pubblico che mi ha fatto emozionare".

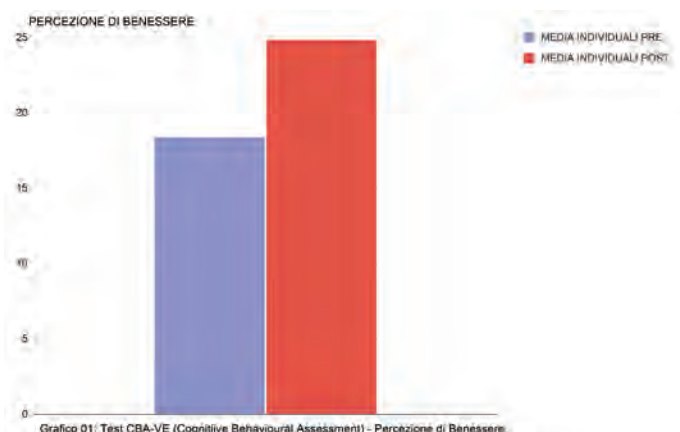
• Mario: "Ho vissuto con molta partecipazione l'evento conclusivo della mostra ed ho davvero sentito la forza di mettermi in gioco cosa che prima non facevo, perché restavo sempre zitto! Ho vinto la timidezza e sono maggiormente consapevole di me stesso".

Conclusioni

Le conclusioni tratte dalle esperienze passate e dall'attività del progetto "R.A.M.C." evidenziano che il suo valore si è manifestato nella capacità dei partecipanti di sperimentarsi in diverse attività creative. L'aspetto creativo ha liberato e stimolato le competenze individuali, promuovendo l'interazione, la condivisione e il confronto tra i partecipanti in un contesto non competitivo ma di supporto reciproco.

Il progetto ha cercato di superare la distinzione tra operatori e pazienti per creare un gruppo autentico di condivisione di obiettivi, in cui le emozioni hanno agito come catalizzatori per favorire scambi comunicativi nell'incontro e nella relazione. Questo coinvolge anche gli operatori, in particolare quelli in prima linea, che devono considerare sia le proprie emozioni che quelle dei pazienti.

In conclusione, il progetto "R.A.M.C." ha lavorato per promuovere l'espressione individuale, l'integrazione e la creazione di progetti realistici di sviluppo, facilitando percorsi di benessere e cambiamento. Il gruppo di lavoro auspica che questa esperienza possa evolvere da sperimentazione a un'attività strutturata all'interno del servizio.



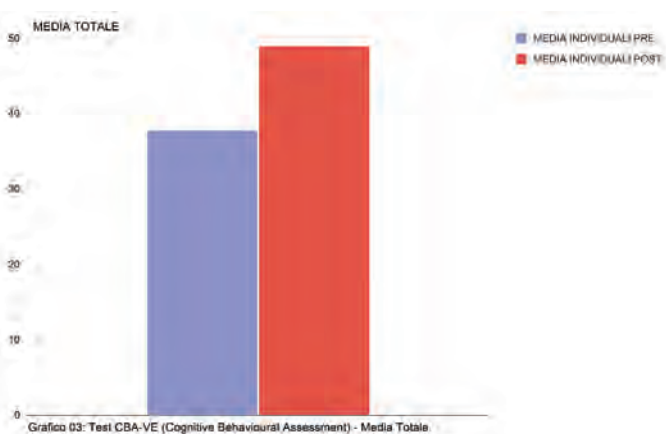
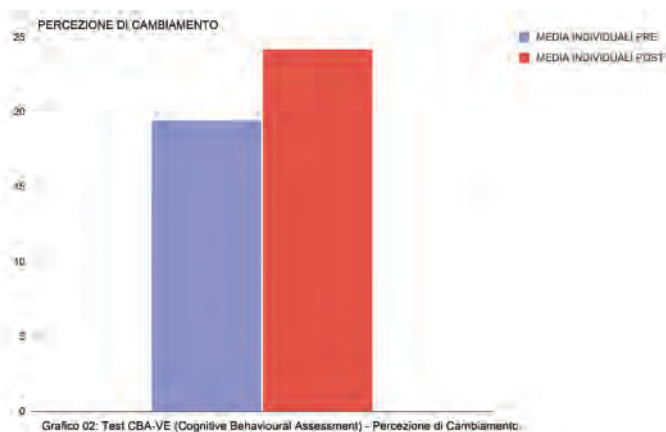


TABELLA 1 - INTERVENTI MESSI IN ATTO

Bibliografia

- Bachelard, G. (2006) *La poetica dello spazio*, Bari, Edizioni Dedalo.
- Bachelard, G. (2009) *La psicoanalisi del fuoco*, Bari, Edizioni Dedalo.
- Bundy, A. C., Lane, S. J., & Murray, E. A. (2002) *Integrazione Sensoriale: Teoria e Pratica* (2^a edizione), Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Cartier-Bresson, H. (2004) *Henri Cartier-Bresson*, Roma, Contrasto Books.
- Foschi, G. (2016) *Le Fotografie del Silenzio*, Milano, FrancoAngeli.
- Gilardi, A. (2000) *Storia sociale della fotografia*, Torino, Pearson Italia.
- Grignoli, L. (2021) *Fare e pensare l'arteterapia*, Milano, FrancoAngeli.
- Malchiodi, C. A. (2013) *Terapia Artistica e Neuroscienze delle Relazioni, Creatività e Resilienza: Competenze e Pratiche*, (Serie Norton sulle Neuroscienze Interpersonali), New York, W. W. Norton & Company.
- Michielin, P., et al. (2008) *Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 30:A98-A104.
- Micocci, S. (2009) *Dare forma attraverso la creta*, Roma, Alpes Italia.
- Peri, C. (2014) *Meditazioni sui colori*, Milano, Anima Edizioni.
- Sanavio, E., (Edd.) (2002) *Le scale CBA*, Milano, Raffello Cortina.
- Serrano M. (2007) *Autostigma, empowerment e pratiche di promozione*, *Fogli d'informazione 3-4 (07-12): 43-63*.
- Trani, G. (2002) *Dalla creta alla cretazione*, Roma, EDUP Edizioni dell'Università Popolare.

7.3

L'ESPERIENZA DELL'ADDICTION NELL'ADOLESCENTE. UN'INDAGINE QUALI-QUANTITATIVA SUI FATTORI DI RISCHIO ED ABUSO NEL TERRITORIO TRAPANESE

Faillace G.*^[1], Pollina P.^[1], Barbara B.^[1], Novara M.G.^[1], Tortorici R.M.^[1], Barbara M.^[1], Ognibene I.^[1]

^[1]Dipartimento Dipendenze Patologiche ASP Trapani ~ Trapani ~ Italy

Sottotitolo: La presente indagine di carattere quali-quantitativo ha la finalità di esplorare i Fattori di rischio e i Fattori di abuso legati a dipendenze di tipo comportamentale e da uso di sostanze, che caratterizzano un gruppo di adolescenti degli Istituti superiori della città di Trapani, con particolare focus sulla dipendenza da media device.

Testo Abstract

Premessa

Il presente lavoro nasce nell'alveo epistemologico che riguarda le dipendenze comportamentali in adolescenza. Il focus su questo particolare e complesso periodo della vita è motivato dalla crescente tendenza degli adolescenti a sviluppare nuove forme di dipendenza, che non hanno solamente a che fare con le sostanze psicoattive, ma anche con comportamenti disfunzionali legati al mondo dei media device, che agiscono in modo invalidante sull'esperienza che i ragazzi fanno del mondo interno ed esterno da sé.

Dall'ultima rilevazione effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità (2023) infatti sono quasi 500 mila gli adolescenti in Italia, nella fascia 11-17 anni, che potrebbero essere interessati da una dipendenza da Videogames e quasi 100 mila presenterebbero peculiarità associabili ad una dipendenza da Social Media. Appare dunque importante osservare e conoscere questi nuovi fenomeni sociali che sempre di più si connotano in senso clinico e psicopatologico, occupando ampio spazio in seno alle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire ai suoi cittadini (LEA).

Inquadramento generale

L'adolescenza rappresenta in termini evolutivi, il primo fondamentale svincolo che ogni individuo vive per accedere all'età adulta. È proprio durante questa fase che si sperimentano eventi nuovi, si acquisiscono competenze e requisiti che dovrebbero trovare esito in un funzionale processo individuativo e di rappresentazione di sé come soggetto adulto (Cancrini, 2001). Tale processo di costruzione dell'identità consiste nel far fronte ad una moltitudine di compiti evolutivi, che vanno dall'accettazione delle trasformazioni fisiche, all'orientamento rispetto la propria sessualità, dalla negoziazione tra il sistema regolativo familiare e nuove esigenze di autonomia e libertà, dallo strutturare nuove relazioni significative con il gruppo dei pari entro dinamiche gruppali che presuppongono capacità di mediazione e partecipazione, alla capacità di interfacciarsi con istituzioni sociali comprendendone le regole ed il funzionamento (Migani, 2004).

Tutti questi nuovi universi esperienziali possono creare delle discrasie e un senso di disagio che spesso gli adolescenti percepiscono come fattore connotante questa età. Quando infatti i ragazzi non trovano corrispondenza tra le aspettative di realizzazione della propria identità e il riconoscimento della immagine di sé nella relazione con l'altro, all'interno dei loro contesti di riferimento - famiglia, scuola e gruppo dei pari - possono esprimere forme di devianza per autoregolare i propri stati emotivi. In conseguenza di ciò, la percezione di un fallimento in questo processo individuativo e l'incapacità di mettere in atto modalità di risoluzione adeguate, possono portare ad assumere comportamenti a rischio per la propria salute ed il proprio benessere psico-fisico, agendo delle vere e proprie fughe dalla realtà attraverso i media device. Queste costellazioni comportamentali a forte rischio di dipendenza, in senso strettamente nosologico secondo i criteri diagnostici del DSM V, sono associabili alle dipendenze e disturbi correlati.

Il concetto di dipendenza, infatti, naturalmente associato all'idea di "sostanza", amplia i confini del suo significato all'area dei comportamenti.

È proprio su quest'ultima che negli ultimi anni si è posta molta attenzione, in particolar modo nell'adolescente, identificandola come vera e propria sindrome in cui i ragazzi non riescono quasi a sottrarsi dal media device vissuto come propria appendice e sperimentando sintomi affini all'astinenza nel momento in cui avviene un allontanamento dello stesso, quali preoccupazione, perdita di controllo e disinteresse per altre attività.

Esaminando, infatti, il report Generazione Z, frutto di un accordo tra il Dipartimento Politiche Antidroga

della Presidenza del Consiglio dei ministri e il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS, presentato nel 2023, quasi 2 milioni di adolescenti in Italia presentano caratteristiche compatibili con una dipendenza comportamentale: 1,2 milioni da dipendenza dal cibo, quasi 500 mila da videogiochi; circa 100 mila da social media. Sono oltre 65 mila, invece, i ragazzi che si auto-isolano.

I ragazzi della Generazione Z, nati tra il 1995 e il 2015, rappresentano la prima generazione nata dopo l'avvento del web, caratterizzata da una connessione ad Internet continua e la possibilità di svolgere qualsiasi attività attraverso la tecnologia. Inoltre, le restrizioni vissute durante la pandemia da COVID-19, hanno accresciuto l'utilizzo di internet e dei social con il conseguente incremento del rischio di sviluppare comportamenti di dipendenza, quali appunto l'uso eccessivo di internet, dei social (Tik Tok, Instagram, Whatsapp, etc.), di videogiochi (Internet gaming), e la diffusione di fenomeni quali le challenge, che in taluni casi possono sfociare in azioni molto pericolose per l'incolumità degli stessi. In egual misura non sono da sottovalutare le conseguenze sugli stati emotivi dei ragazzi, in particolare sulla percezione del benessere e della loro salute mentale.

L'ambito in cui il disagio legato alle condizioni sopra descritte trova maggiore espressione è spesso la scuola, che rappresenta un luogo privilegiato per studiare le forme della sofferenza giovanile, in funzione delle capacità e abilità cognitive, relazionali, culturali, che sottendono l'acquisizione delle competenze personali e sociali. La scuola, in tal senso, assume un ruolo fondamentale nella funzione di prevenzione, sostegno e di aiuto dell'adolescente che si trova in difficoltà.

Obiettivo dell'indagine

In consonanza con quanto sopra descritto ed in seno ai progetti attivi presso il SerD della provincia di Trapani, sulle Dipendenze comportamentali sine substantia e sul GAP, si è sviluppata un'indagine conoscitiva di carattere quali-quantitativo, con la finalità di esplorare i Fattori di rischio e i Fattori di abuso legati a dipendenze di tipo comportamentale e da uso di sostanze, che caratterizzano la popolazione adolescenziale degli Istituti superiori della città di Trapani. Per raggiungere tale obiettivo, si è strutturato un percorso a step, diviso nei seguenti segmenti:

- Identificazione di tutti gli Istituti Professionali e i Licei presenti sul territorio Trapanese;
- Presentazione di un progetto di prevenzione primario e di psico-educazione sulle dipendenze comportamentali e da uso di sostanze;
- Identificazione della popolazione target nelle classi

secondo degli Istituti;

- Somministrazione del Questionario RTBQ – For School;
- Erogazione dell'azione psico-educativa;
- Estrazione dei Temi dominanti emergenti dalle narrazioni degli studenti;
- Analisi dei dati;
- Report finale.

Strumenti

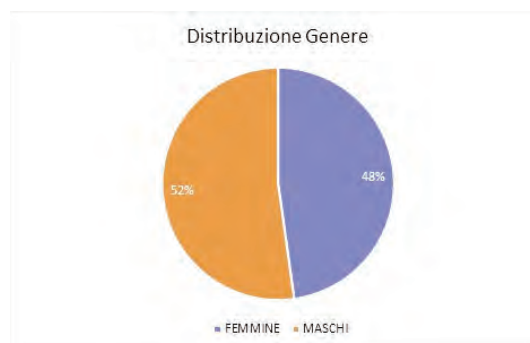
Gli strumenti utilizzati nella presente indagine sono:

- Il Risk Behavior Questionnaire - For School (RTBQ – FR): un questionario composto da 41 Item a risposta chiusa, analizzabili secondo processi di tipo ordinale e nominale; Le domande sono focalizzate ad esplorare i comportamenti legati all'utilizzo di internet, dei social network, all'uso di sostanze e alla percezione del proprio comportamento e di quello altrui (Zanardi, 2019);
- Intervento di Psico-educazione volto a svolgere un'azione di prevenzione primaria;
- Estrazione dei temi dominanti attraverso il metodo carta/matita associata alla Grounded Theory (Charmaz, 2006; Glaser&Strauss, 1967).

Campione

Il nostro campione è costituito da 973 soggetti, di età compresa tra i 14 e i 17 anni (M=15), provenienti dalle seconde classi di tutti gli Istituti Superiori della città di Trapani e da un Istituto comprensivo di Mazara del Vallo. Abbiamo raggruppato gli Istituti superiori in due Macro Gruppi: Licei ed Istituti Professionali. Di seguito la distribuzione percentuale del nostro gruppo campionario:

Tab. 1 – Distribuzione Genere



Femmine = 465

Maschi = 508

In relazione alla distribuzione per provenienza:

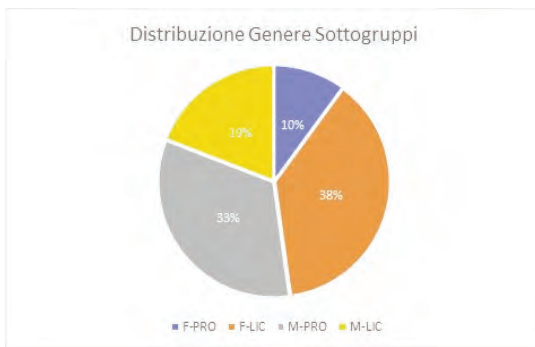
Le studentesse provenienti dai Licei risultano essere 367;

Le studentesse provenienti dagli Istituti Professionali risultano essere 98;

Gli studenti provenienti dai Licei risultano essere 186;

Gli studenti provenienti dagli Istituti Professionali risultano essere 322.

Tab. 2 – Distribuzione Genere Sottogruppi



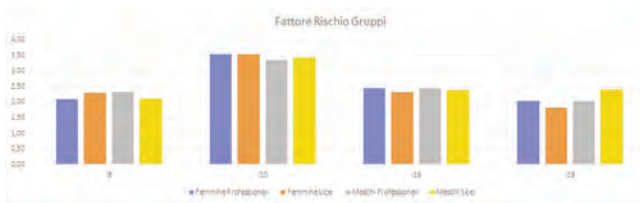
Analisi Quantitativa dei Dati

I dati sono stati analizzati seguendo la direttrice dei Fattori indagati dal RTBQ – FR.

Nello specifico sono state analizzate le frequenze delle Scale del Fattore di Rischio, Il fattore Globale di Rischio ed il Fattore di Abuso.

Di seguito le distribuzioni di frequenza delle succitate scale intersecate per le variabili legate al genere ed alla provenienza scolastica.

Tab. 3 – Fattore Rischio Gruppi



Gli Item inseriti in questo fattore chiedono di indicare quante ore il soggetto dedica alla televisione, ai social network, ad internet ed ai videogames.

Come si può notare dalle distribuzioni, il valore che raggiunge il limite massimo è legato all'uso dei social (Più di due ore al giorno), che in maniera quasi indiscriminata, tocca il massimo valore del range (4) per tutti i quattro gruppi interessati, con una maggiore prevalenza delle femmine di entrambe le tipologie di Istituti, (M=3,54) e leggermente minore per i maschi (M= 3,42 per i Maschi dei Licei) e (M=3,35 per i Maschi dei Professionali). Questo dato è assolutamente in linea con la media nazionale. Appare più grave allorquando in fase di analisi qualitativa è stato estrapolato il dato narrativo condiviso dagli alunni, che hanno riportato di stare in media sui social oltre otto ore al giorno.

Il Fattore di Rischio legato all'uso della TV appare contenuto, attestandosi su una media che va da M=2,09 per le Femmine degli Istituti Professionali a M=2,33 per i Maschi degli stessi Istituti. Più basse le medie dei

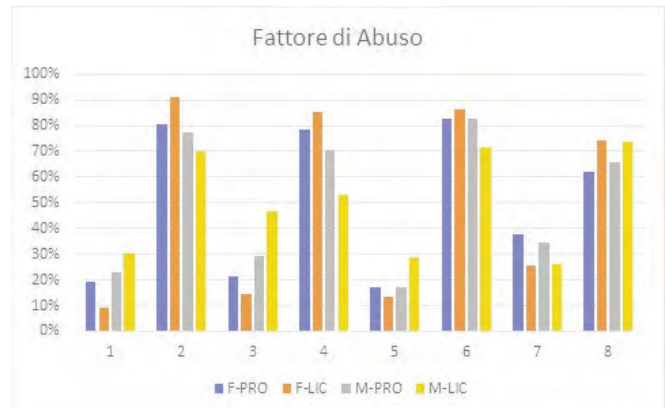
colleghi dei Licei, assestati tra M=2,29 per le Femmine e per M=2,11 per i Maschi.

Il Fattore di Rischio legato all'uso di Internet (escludendo chat e social network) è sopra la media per tutti i gruppi, assestandosi dal valore di M= 2,34 per le Femmine dei Licei a M=2,46 per le Femmine dei Professionali. Ancora una volta il gruppo delle ragazze pare maggiormente a rischio rispetto all'uso dei media device.

Il Fattore di Rischio legato invece all'uso dei videogames è maggiormente genere specifico. Infatti, il gruppo dei maschi di entrambe le provenienze registrano un rischio più alto rispetto alle coetanee (M=2.02/2,41).

Il Fattore Globale Medio di Vulnerabilità risulta essere di 14,90 collocandosi su una scala di rischio alta. Per quel che concerne invece il Fattore di abuso, vengono registrati in termini di presenza/assenza i comportamenti di Consumo di bevande alcoliche (Più di una volta a settimana), Consumo di sigarette, Utilizzo di sostanze stupefacenti, Utilizzo di video poker. Di seguito le distribuzioni:

Tab. 4 – Fattore di Abuso



Come si evince dal grafico i sottogruppi si differenziano per i comportamenti di abuso come segue:

Le femmine dei Licei dichiarano di consumare sostanze alcoliche per il 91% meno di una volta a settimana, mentre il 9% dichiara di farne uso almeno una volta a settimana.

Le compagne dei Professionali dichiarano di consumare sostanze alcoliche per l'81% meno di una volta a settimana, mentre il 19% dichiara di farne uso almeno una volta a settimana.

I maschi dei Licei dichiarano di consumare sostanze alcoliche per il 70% meno di una volta a settimana, mentre il 30% dichiara di farne uso almeno una volta a settimana.

I compagni dei Professionali dichiarano di consumare sostanze alcoliche per il 77% meno di una volta a set-

timana, mentre per il 23% dichiara di farne uso almeno una volta a settimana.

Appare dunque maggiormente a rischio il gruppo dei maschi provenienti dai Professionali.

Per quanto concerne il fattore di abuso legato alle sigarette, il campione si caratterizza come segue: Le femmine dei Licei dichiarano di non fumare abitualmente per l'85% e di fumare per il 15%.

Le compagne dei Professionali dichiarano di non fumare abitualmente per il 79% e di fumare per il 21%.

I maschi dei Licei dichiarano di non fumare abitualmente per il 53% e di fumare per il 47%. I compagni dei Professionali dichiarano di non fumare abitualmente per il 70% e di fumare per il 30%.

Appare dunque preoccupante questo dato legato al fumo, che raccoglie un'alta percentuale soprattutto nel gruppo dei maschi dei Licei. Riteniamo però importante sottolineare che il questionario utilizzato non discrimina tra i tipi di sigarette, come ad esempio quella elettronica, che i dati nazionali, ci dicono essere diffusa nella popolazione adolescenziale.

L'uso di sostanze stupefacenti almeno una volta nella propria vita è invece registrato da tutti i gruppi.

Questa volta riportando i dati numerici, sono 174 gli studenti che hanno avuto contatto con sostanze, su un campione di 973, questo dato si distribuisce in maniera abbastanza omogenea nei gruppi, differenziandosi solo nel gruppo dei Maschi dei Licei, che dichiarano di avere fatto uso di sostanze stupefacenti per il 28%.

L'ultimo fattore di abuso indagato dallo strumento è quello legato all'uso di video-poker o giochi affini. Il dato più grave è rappresentato dal sottogruppo degli studenti dei Professionali; infatti, il 38% delle Femmine ed il 34% dei Maschi dichiara di aver giocato almeno una volta.

Mentre nel gruppo dei Licei, il 26% degli studenti, sia maschi che femmine ha dichiarato di avere giocato almeno una volta.

Analisi Qualitativa e Temi Dominanti

Un ulteriore passaggio di analisi è stato effettuato tramite il metodo della Grounded Theory (GT), che permette attraverso una metodologia di estrazione cartamata, di identificare i temi dominanti o parole chiave, emergenti dagli incontri psico-educativi.

Il metodo della GT ha infatti permesso al gruppo di lavoro di evidenziare temi ricorrenti in ogni classe degli istituti superiori posti alla nostra osservazione, e di riconoscerli come predittori dell'inizio di un comportamento disfunzionale.

Questo passaggio è stato particolarmente interessante perché ci ha permesso di andare fenomenologicamente più in profondità e di sviluppare una riflessione più

ampia che ha dato senso al percorso esplorativo-conoscitivo in seno al macro-tema delle dipendenze e di come esse vengano rappresentate dal nostro gruppo di riferimento.

Attraverso un percorso di astrazione crescente, il punto di partenza è stato appuntare le parole che maggiormente si presentavano nelle narrazioni degli studenti, per esitare infine in quattro aree che hanno caratterizzato la rappresentazione cognitivo-emotiva che i ragazzi hanno portato durante gli incontri e che vertono soprattutto sul loro rapporto con i media device.

1. Tema della NOIA
2. Tema della SOLITUDINE
3. Tema della COMUNICAZIONE
4. Tema del GIUDIZIO

La noia rappresenta un tema trasversale, sfaccettato e complesso emerso dalle narrazioni degli studenti. Essa è un'emozione esperita in tutte le età e in quanto tale presente nella quotidianità. L'individuo, quando sperimenta la noia, si sente svogliato, privo di motivazione, fermo e poco produttivo, lontano dal soddisfare i propri bisogni e scopi, il mondo esterno viene osservato con indifferenza e perde qualsiasi connotazione affettiva e caratteristica di piacevolezza. Tale organizzazione mentale ed emotiva diventa patologica quando permane nel soggetto a lungo termine, creando sofferenza psicologica e messa in atto di pattern comportamentali disfunzionali al fine di alleviare la stessa (es. abuso di sostanze, discontrollo alimentare, gioco d'azzardo).

I comportamenti disfunzionali e rischiosi determinano un impoverimento delle abilità sociali e funzionali come l'attenzione (Maggini, 2000), che vanno inevitabilmente a mantenere la sofferenza psicologica percepita inizialmente dal soggetto. In sintesi, il soggetto che permane in una noia patologica ricorre a pattern disfunzionali per uscire da uno stato emotivo e cognitivo percepito come sgradevole, mentre un soggetto con un miglior funzionamento globale riesce a trasformare l'emozione della noia in uno status tollerabile e piacevole.

Quanto detto aiuta a comprendere l'elevata correlazione tra noia e uso di internet nell'adolescente e a interpretare l'affermazione posta dai ragazzi osservati "sto sui social perché mi annoio", non come una mancanza di creatività e di interessi o determinata dalla loro indolenza, ma come l'insieme di fattori biologici e socio-ambientali che influenzano lo sviluppo di un uso eccessivo di internet (EIU). Nello specifico, la noia di tratto è stata definita da Skeus et al. (2016) come predittore dell'EIU, in cui il cervello è costantemente alla ricerca di stimoli esterni e nuove esperienze (anche virtuali) volti al raggiungimento di un livello di arou-

sal ottimale, attivando il circuito della ricompensa ed il conseguente rilascio di alti livelli di dopamina. Sebbene l'ipertestualità di internet sia un aspetto peculiare nonché appetibile per i ragazzi, troppe informazioni sui social media, richiedono anche una maggiore velocità di elaborazione delle stesse, portando gli users ad un sovraccarico cognitivo che può generare ansia, stress e riduzione delle funzioni esecutive. La solitudine, altro tema emerso in aula, secondo la letteratura sembrerebbe un ulteriore fattore predittivo di un EIU. Numerose ricerche hanno infatti dimostrato che gli adolescenti che si percepiscono socialmente isolati usano con maggiore frequenza i social media (Pittman, Reich, 2016), a differenza dei coetanei che sperimentano un senso di appartenenza nel gruppo dei pari e passano minor tempo sul device. Spesso gli adolescenti che non avvertono un sufficiente supporto sociale dagli amici, sono inclini ad usare Internet come piattaforma per sviluppare relazioni e soddisfare i propri bisogni sociali. I pensieri disfunzionali giocano un ruolo centrale sul modo in cui essi interagiscono nel sociale, e ciò determinerebbe non solo una ipersensibilità di fronte agli eventi percepiti come minacciosi, ma anche un maggiore ritiro sociale e una passività nelle relazioni. Alcuni studi avvalorano l'ipotesi che tali individui preferiscano le interazioni sulle piattaforme digitali per differenti motivi: facilità nel trovare amici online, maggiore sperimentazione di sé e percezione di maggiore controllo. Tuttavia, il riscontro positivo che l'adolescente percepisce dalle interazioni online non fa altro che diminuire le proprie abilità sociali faccia a faccia e mantenere le idee disfunzionali sopra descritte. Fin qui appaiono facilmente intuibili gli effetti negativi di un uso problematico dei social media sulle abilità sociali, tra cui la comunicazione.

Questa stessa, oramai digitalmente mediata è una comunicazione superficiale e incompleta in quanto mancante degli aspetti emotivi e sensoriali del messaggio veicolato, limitando il corretto sviluppo delle abilità sociali indispensabili per una buona costruzione dell'identità. Tuttavia, così facendo gli adolescenti tendono a perdere interesse nelle interazioni faccia a faccia, anche perché prestazionalmente percepite come più frustranti e soggette a meccanismi di comprensione e decodifica complesse. In relazione alla difficoltà di esperire comunicazioni dal vivo, gli studenti del nostro studio riferiscono come sia per loro problematico esporsi ed offrirsi al dialogo, anche perché nelle loro famiglie d'appartenenza vivono la stessa difficoltà comunicativa. In alcuni passaggi delle narrazioni, i ragazzi condividono l'immagine dei genitori, essi stessi impegnati sui media device ed incapaci di intercettare i bisogni di attenzione e comprensione dei figli.

Altro effetto negativo connesso ad una diminuzione delle abilità sociali, è la presenza di una bassa autostima e un maggior timore del giudizio altrui. Uno studio di Geukens e colleghi (2022) ha esplorato il costrutto del timore del giudizio e il suo sviluppo durante l'adolescenza, con l'intento specifico di testare se i cambiamenti nei livelli di solitudine avvengono in concomitanza con cambiamenti legati al giudizio negativo veicolato dal gruppo dei pari e da figure di riferimento. I risultati ottenuti suggeriscono che gli individui soli sono più soggetti a cognizioni negative e disfunzionali riguardo proprio al giudizio e all'immagine di sé (Cacioppo & Cacioppo, 2018). La paura di un giudizio negativo gioca un ruolo importante nello sviluppo dell'autostima. Infatti, i soggetti sensibili al giudizio negativo e con una bassa autostima, in deficit di abilità sociali, percepiscono il mondo come più giudicante. In questo modo, l'adolescente rimane bloccato in un circolo vizioso di solitudine e cognizioni disfunzionali legate al giudizio dell'altro e all'accettazione di sé.

Conclusioni e prospettive future

Lo studio qui presentato ci permette di offrire un quadro preliminare della popolazione adolescenziale delle seconde classi degli Istituti superiori del territorio trapanese. La nostra finalità principale è stata tracciare una fotografia di questo gruppo di ragazzi in relazione a come e quanto essi si interfacciano all'uso di internet, dei social media e delle sostanze in una prospettiva di promozione del loro benessere e di conseguente contrasto e prevenzione dell'abuso di questi ultimi.

I dati si collocano e ci confermano una media nazionale preoccupante. Il Fattore Globale Medio di Vulnerabilità del nostro campione si allinea su una scala di rischio alta, il che vuol dire che sussistono i prodromi per sviluppare dipendenze comportamentali da media device e da social network. Più contenuti appaiono i dati legati all'uso di sostanze, sebbene quasi il 20% degli studenti riferisca di esserne venuto a contatto almeno una volta nella vita. Anche l'uso di alcool coinvolge dal 9% al 30% i nostri studenti, toccando la punta più bassa nel gruppo delle studentesse dei Licei e la più alta nei maschi dei Licei e dei Professionali. Sull'uso delle sigarette dobbiamo registrare un limite dello strumento di rilevazione adoperato, che non discrimina tra sigarette e sigarette elettroniche. È comunque interessante annotare come per il gruppo dei maschi il contatto con la sigaretta sia percentualmente molto importante.

I dati quantitativi appaiono ben supportati dall'esplorazione dei temi emersi dalle narrazioni degli studenti. Predittivi al rischio di emersione di comportamenti di

abuso sono la noia, la solitudine, la difficoltà nella comunicazione e la paura del giudizio, dimensioni queste ampiamente presenti in letteratura e che confermano la traiettoria da tenere per progettare attività di prevenzione sempre più mirate. Sicuramente è importante continuare il lavoro di psico-educazione nelle scuole, cercando di coinvolgere target più ampi di studenti, promuovendo percorsi di peer education che rinforzano i legami tra i gruppi di studenti e che permettono un passaggio di informazioni ed apprendimenti non solo su un canale squisitamente cognitivo, ma anche socio-emotivo.

In conclusione, ci appare importante sottolineare quanto sia da supportare e sostenere il lavoro delle ASP in seno ai progetti di prevenzione e contrasto alle dipendenze, sostenendo gli studenti nel loro sviluppo come individui consapevoli e membri di comunità e condividendo e costruendo con insegnanti e genitori strumenti di comprensione utili ed efficaci per sostenere i ragazzi in un momento delicato qual è l'adolescenza.

Bibliografia

Albanesi C. – Migani C. (2004). *Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale - Teorie e pratiche per un modello di intervento*. Carocci Editore.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). *Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL)*. *Advances in Experimental Social Psychology*.

Cancrini L., La Rosa C. (2001). *Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*. Carocci Editore.

Charmaz, K. (2006). *Costructing Grounded Theory*. Sage Publication.

Eastwood, J. D., Frischen, A., Fenske, M. J., & Smilek, D. (2012). *The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention*. *Perspectives on Psychological Science*.

Geukens, F., Maes, M., Spithoven, A., Pouwels, J. L., Danneel, S., Cillessen, A. H., & Goossens, L. (2022). *Changes in adolescent loneliness and concomitant changes in fear of negative evaluation and self-esteem*. *International Journal of Behavioral Development*.

Glaser, B. Strauss, A. (1967). *The discovery of ground theory*. Chicago Aldine.

Luby, J., & Kertz, S. (2019). *Increasing suicide rates in early adolescent girls in the United States and the equalization of sex disparity in suicide: The need to investigate the role of social media*. *Jama Network Open*.

Maggini, C. (2000). *Psychobiology of Boredom*. *CNS Spectrums*.

Pittman, M., & Reich, B. (2016). *Social media and loneliness: Why an Instagram picture may be worth more than a thousand Twitter words*. *Computers in Human Behavior*.

Skues, J., Williams, B., Oldmeadow, J., & Wise, L. (2016).

The Effects of Boredom, Loneliness, and Distress Tolerance on Problem Internet Use Among University Students.

International Journal of Mental Health and Addiction.

7.4

LA PSICOEDUCAZIONE DI GRUPPO: UN INTERVENTO RIVOLTO AI GIOCATORI D'AZZARDO PROBLEMATICI E AI LORO FAMILIARI

Cappuccio L.*^[1], Langella G.^[2], Mosca M.^[1]

^[1]Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento delle Dipendenze, Ser.d. 32 ~ napoli ~ Italy, ^[2]Gesco Sociale, Era Cooperativa, Centro Diurno Lilliput ~ Napoli ~ Italy

Sottotitolo: Il presente abstract si focalizza su un intervento di Psicoeducazione effettuato in gruppo e rivolto ai giocatori d'azzardo problematici e ai loro familiari all'interno di un servizio pubblico. L'attività in oggetto si inserisce nel percorso terapeutico, proposto dal Polo DGA area Est del Dipartimento delle Dipendenze ASL Napoli 1 Centro.

Testo Abstract

Il presente abstract si focalizza su un intervento di Psicoeducazione effettuato in gruppo e rivolto ai giocatori d'azzardo problematici e ai loro familiari all'interno di un servizio pubblico. L'attività in oggetto si inserisce nel percorso terapeutico, proposto dal Polo DGA area Est del Dipartimento delle Dipendenze ASL Napoli 1 Centro. L'attività di Psicoeducazione viene proposta nella fase successiva alla prima accoglienza, con l'obiettivo di fornire informazioni sulle variabili che intervengono nel determinare un comportamento di gioco d'azzardo problematico, al fine di accrescere la consapevolezza del problema e, dunque, la motivazione a realizzare un processo di cambiamento. La Psicoeducazione si configura come un intervento breve, che si svolge in sei incontri, ciascuno della durata di due ore, condotti da una psicologa, un educatore e una psicologa tirocinante, così articolati:

- due incontri rivolti ai giocatori d'azzardo problematici;
- due incontri dedicati ai familiari;
- due incontri che prevedono la partecipazione congiunta di giocatori e familiari.

Gli spazi rivolti ai soli giocatori e ai soli familiari sono finalizzati a favorire un primo livello di riconoscimento di tre bias cognitivi specifici - l'Overconfidence, la

Narrative Fallacy e il Self-serving - che, nei giocatori, agiscono come stimoli interni che intervengono nel determinare il comportamento di gioco d'azzardo problematico e, nei familiari, possono determinare atteggiamenti di de-responsabilizzazione e di sottostima del problema, concettualizzato come vizio.

Gli incontri dedicati ai giocatori e ai familiari insieme sono orientati a fornire informazioni sulle caratteristiche delle diverse tipologie di gioco d'azzardo e sugli stimoli esterni e i condizionamenti legati all'ambiente, nonché le norme culturali e sociali che influenzano il fenomeno, posizionandolo sui due estremi gioco = danno e gioco = divertimento.

L'elemento innovativo della tipologia di intervento proposta è la dimensione grupale, che permette:

- una riduzione dei costi in termini di risorse umane;
- un'accelerazione dei processi di apprendimento attraverso la condivisione delle esperienze, dove l'ascolto dell'altro può svolgere un'importante funzione di rispecchiamento del sé.

La Psicoeducazione favorisce, quindi, l'emergere delle strategie di coping disfunzionali che autoalimentano il comportamento problematico del giocatore e del familiare, favorendo l'aggancio al trattamento successivo. Gli incontri, infatti, acquistano un significato all'interno di un modello terapeutico che propone un insieme di attività, la cui interdipendenza incide sull'efficacia del trattamento e sulla ritenzione in programma.

7.5

UN GRUPPO TERAPEUTICO A ORIENTAMENTO COGNITIVO COMPORIMENTALE RIVOLTO A GIOCATORI D'AZZARDO PROBLEMATICI

Cappuccio L.*^[1], Sgambati C.^[2], Pasqua T.^[1]

^[1]Asl Napoli 1 Centro, Dipartimento delle Dipendenze, Ser.d. 32 ~ napoli ~ Italy, ^[2]Gesco Sociale, Era Cooperativa, Centro Diurno Lilliput ~ napoli ~ Italy

Sottotitolo: Il presente abstract intende descrivere un gruppo di psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale rivolto a persone con DGA all'interno di un servizio pubblico. Il gruppo in oggetto è inserito come parte rilevante di un percorso terapeutico strutturato, proposto dal Polo DGA area Est del Dipartimento delle Dipendenze ASL Napoli 1 Centro.

Testo Abstract

Il presente abstract intende descrivere un gruppo di psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale rivolto a persone con DGA all'interno di un servizio pubblico. Il gruppo in oggetto è inserito come parte rilevante di un percorso terapeutico strutturato, proposto dal Polo DGA area Est del Dipartimento delle Dipendenze ASL Napoli 1 Centro.

Il percorso per i giocatori d'azzardo patologici prevede l'accoglienza, la valutazione diagnostica effettuata secondo i criteri del DSM 5 e la somministrazione del GPQ, e la presa in carico medica, psicologica e sociale da parte degli ambulatori SerD. Esiste, inoltre, la possibilità di effettuare un percorso più strutturato presso i Poli DGA (area Est; area Nord) che prevede un insieme di interventi psicologici ed educativi rivolti sia ai giocatori che ai loro familiari. Le attività proposte, agendo sulle dimensioni di set e setting, garantiscono un percorso di cura più efficace che si concentra sul potenziamento delle strategie di autocontrollo della persona e della famiglia e sul potenziamento delle risorse di empowerment.

In quest'ottica di intervento viene proposto il gruppo di psicoterapia ad orientamento cognitivo comportamentale per giocatori patologici, che ha una cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza ed è con-

dotto da una psicoterapeuta, con la presenza di un educatore ed un tirocinante psicologo.

Il lavoro terapeutico del gruppo si focalizza, in primis, sulla presa di consapevolezza dei processi di condizionamento classico e operante e dei meccanismi di rinforzo intermittente che caratterizzano il percorso trasversale che in alcuni giocatori d'azzardo può determinare una perdita di controllo grave, come descritto da Blaszczynski e Nower. Promuovendo il confronto tra i partecipanti è possibile identificare con più chiarezza gli stimoli interni ed esterni che sollecitano il craving e riconoscere i bias cognitivi specifici legati al gioco d'azzardo (illusione di controllo, overconfidence, self-sewing bias etc..). Viene inoltre sollecitato l'A-B-C cognitivo a partire dall'analisi funzionale delle esperienze riportate dai partecipanti. I conduttori orientano il lavoro del gruppo facilitando l'emergere degli schemi cognitivi individuali dei membri che si traducono in credenze di base profonde e pensieri automatici. Il confronto, la coesione e il rispecchiamento possibile nel gruppo facilita il lavoro di rielaborazione e di riconoscimento delle strategie disfunzionali e di quelle adattive.

Il contenitore e il setting gruppale determina e costituisce una metacomunicazione di senso dell'esperienza di cura.

7.6

DONNE E GAP: IL GRUPPO CHE CURA

Barbara B.*^[1], De Domenico M.^[1], Sferruggia S.^[1],
Trapani V.^[1]

^[1]SerD Alcamo ASP Trapani ~ Alcamo ~ Italy

Sottotitolo: Come psicoterapeute impegnate nel lavoro con le dipendenze, le autrici, in questo contributo, fanno riferimento alla teoria del gruppo di matrice sistemico relazionale e gestaltico, lo stesso gruppo, due sguardi diversi che armonizzandosi danno senso.

Testo Abstract

“Essere accettati dagli altri nonostante si creda di essere fundamentalmente ripugnanti, inaccettabili o sgradevoli è una potente forza risanatrice”

Irvin D. Yalom

L'idea di un gruppo al femminile è nata osservando il bisogno di chi gravita all'interno del nostro servizio. La dipendenza al femminile ha suscitato il nostro interesse avendo colto nelle donne una maggiore propensione alla comunicazione delle proprie esperienze ed emozioni.

Un gruppo pensato per dare spazio e possibilità di espressione al dolore causato dalla dipendenza, vissuta direttamente o indirettamente. Il gruppo è formato, infatti, da donne che sono madri, mogli, compagne di dipendenti ma anche da chi la dipendenza la vive sulla propria pelle.

L'articolo punta a descrivere in particolare le dinamiche di due delle sette protagoniste la cui esperienza è legata al gioco d'azzardo.

Il gruppo sistemico

Il pensiero sistemico ha un rapporto privilegiato con il gruppo, che sia rivolto a famiglie o a contesti lavorativi, a gruppi terapeutici o di sostegno. È ormai consolidata l'importanza e l'efficacia di connettere più menti e quindi più pensieri quale valore aggiunto in tutti i contesti di cura. È nota inoltre la ricchezza che può nascere dal confronto tra differenze, “il tutto è più della somma delle singole parti”. Per l'approccio sistemico il gruppo è complessità, è l'insieme di storie differenti che si incrociano tra di loro per creare una sto-

ria comune.

Il gruppo è contemporaneamente un'esperienza di confronto e di autoriflessività che permette di decostruire le idee date per scontate per produrre nuove descrizioni più funzionali nel presente; è il luogo delle emozioni faticose e di quelle inesprese ma che hanno bisogno di emergere per poter essere nominate e gestite. Le emozioni difficili diventano così spunto di conoscenza, di riflessione e di crescita emotiva.

Il gruppo con il lavoro tipico della terapia familiare condivide l'energia di cambiamento che deriva dalle relazioni e dalle dinamiche che da esse si sprigionano, l'apprendimento per analogia e identificazione, l'attivazione della “mente sistemica” per le differenze che nel gruppo si generano, le dinamiche relazionali nell'hic et nunc. Con la terapia individuale condivide invece il lavoro sulle narrazioni e sulle storie trigenerazionali. Il gruppo sospeso tra passato (le narrazioni), presente (le relazioni hic et nunc) e futuro (possibilità di cambiamento), vive una propria storia, sintesi delle storie individuali e laboratorio di nuove soluzioni. Come dicono Cecchin e Apolloni in *Idee Perfette* “il cambiamento sistemico implica un cambiamento permesso da un ampliamento del dominio delle possibilità che il sistema acquisisce in modo autonomo e autorizzante con il contributo del terapeuta che, in quanto elemento del sistema, viene sollecitato da segni, o sintomi, intesi in questo senso come segnali e tentativi di cambiamento... La terapia di gruppo permette la co-creazione di un tempo altro, qualcosa che abbia un ritmo ed un colore diverso. Psicologi e partecipanti creano una punteggiatura differente, storie alternative, grazie a processi d'attribuzione di nuovi significati alla realtà condivisa”(1).

Molteplici sono gli obiettivi che si vogliono raggiungere quando si decide di intraprendere un'esperienza di terapia di gruppo, ma soprattutto, come dice Michele Bonacina “l'obiettivo del lavoro di gruppo è aumentare la consapevolezza attraverso l'autoriflessività delle premesse personali e la sperimentazione nel qui ed ora di differenti modalità relazionali rispetto alle persone, ai pensieri, alle emozioni e ai significati. Ogni partecipante è l'esperto della sua storia e dei suoi significati, i terapeuti non istruiscono ma s'incuriosiscono rispetto alle loro storie facilitando la costruzione di nuove narrazioni. La curiosità allontana dall'etichettamento e dal pregiudizio, esalta la complessità e la molteplicità di prospettive, restituendo valore alla relazione. Consente di creare un contesto di produzione di nuove rappresentazioni e di alimentare scambi di contenuti importanti” (2). Il gruppo funge da cassa di risonanza delle esperienze del singolo, favorendo il cambiamento dei patterns comportamentali disfunzio-

nali unico rimedio trovato alla sofferenza, come dice Maurizio Frisina (3). Ciò che emerge e circola infatti nell'esperienza è la risonanza del gruppo, nel senso dato da Mony Elkaim, quando elementi della propria storia personale, ritenuti particolarmente rilevanti, vengono attivati dalle interazioni con altre storie: "questi elementi sembrano risuonare come risultato di un fattore comune, nello stesso modo in cui gli oggetti materiali possono cominciare a vibrare sotto l'effetto di una data frequenza". (4)

Il gruppo gestaltico

La teoria dei gruppi per la Gestalt parte dall'assunto che il gruppo si articola in uno spazio ed in un tempo in cui accadono contatti; secondo il fondatore "nel laboratorio di gruppo si può imparare moltissimo già comprendendo che cosa sta succedendo dentro ad un'altra persona, rendendosi conto del fatto che moltissimi dei suoi conflitti sono anche i propri, e per identificazione si impara".(5)

Da sempre impegnati nell'osservazione del come più che del perché, gli psicoterapeuti della Gestalt ritengono il gruppo come una "situazione data" nel qui ed ora in cui è possibile, nella spontaneità del contatto dei membri, giungere ad una terapeutica comprensione del malessere sperimentato.

L'individuo è portatore di uno sfondo di esperienza che introdurrà, inevitabilmente, nel campo gruppo; "l'individuo ed il gruppo non sono due realtà distinte".(6) Per tale motivo il leader del gruppo osserva il dispiegarsi fenomenologico delle variazioni che accadono nel campo osservandone sia lo sfondo, sia le reazioni dei membri.

Il terapeuta della gestalt impegnato in un lavoro grup- pale seguirà degli indici sia estetici sincronici che processuali diacronici.

Con il termine indici estetici sincronici si intende l'insieme di tutto quello che accade nel gruppo legato alla percezione sensibile: vitalità, luminosità, forza.

Con il termine indici processuali diacronici si intende l'insieme di tutto ciò che riguarda il processo di contatto, ovvero la storia di come il gruppo riceva sostegno nei vari momenti e di come le azioni assumano un senso nell'evolversi del processo di gruppo: "il silenzio all'inizio è preoccupazione di essere accettati, mentre il silenzio finale rispetto, intimità".(7)

Il gruppo e l'individuo sono un tutt'uno che genera un legame creativo capace di sostenere le intenzionalità di contatto che accadono nei diversi momenti evolutivi dell'incontro.

La leadership, all'interno di un gruppo a matrice gestaltica, è flessibile, è un contributo di cura che ogni membro del gruppo può sperimentare.

Gli autori descriveranno, in particolare, gli scambi che riguardano due donne partecipanti al gruppo: Nicoletta affetta da GAP ed Elena moglie di un giocatore d'azzardo.

Il nostro gruppo di donne

Il nostro gruppo è costituito da sette utenti e tre Psicoterapeute due di esse hanno una formazione sistemica relazionale mentre una ha una formazione gestaltica.

Il lavoro si svolge integrando i due modelli, in modo del tutto naturale e professionale senza pregiudizi o obiezioni, condividendo l'esperienza ed il punto di vista di entrambe le prospettive.

Nella fase di costituzione del gruppo, una premessa condivisa è stata quella che spesso la dipendenza sembra ingabbiare tutti, terapeuti compresi. Sospesi in una continua attesa, si procede nella costruzione di una relazione che possa sostituire la dipendenza, si sosta, si osserva, alle volte si fallisce e si torna indietro; si fa esperienza di impotenza così come tutti i protagonisti che gravitano attorno al paziente.

Da queste premesse il lavoro integrato delle tre terapeute si è rivelato un'opportunità di crescita umana e professionale e di valorizzazione di entrambe le epistemologie, favorendo lo scambio di idee ed il supporto reciproco.

Sembra interessante l'emergere, all'interno della terapia di gruppo, come sia la prospettiva gestaltica che quella sistemica, vedano il professionista non come agente esterno, interprete di dinamiche estranee alla sua presenza, bensì il terapeuta come parte integrante del processo grup- pale.

Terapeuta curioso, creativo, rispettoso, che si sente gruppo, che fa parte dell'ambiente, del campo, del sistema.

Un'altra riflessione, scaturita dal lavoro così organizzato è la dimensione temporale: il qui ed ora della terapia gestaltica, è l'hic et nunc di quella sistemica, l'importanza della dimensione diacronica si intreccia con il concetto di storia familiare. Si è osservato come, nel processo terapeutico dei sistemici, il passo verso una possibile novità, che svincoli dalla rete familiare e che offra una visione diversa di se stessi, non è dissimile dalla valorizzazione che la teoria gestaltica fa dell'intenzionalità di contatto come scoperta della modalità acquisita dal sé di fare contatto con l'ambiente. Il modo di stare al mondo appreso nelle relazioni primarie si reitera nel contesto terapeutico, ma pian piano il gruppo diventa "contesto altro" in cui avvengono nuovi incontri, si sperimentano diversi modelli, infinite possibilità di "stare" con sé stesso e con gli altri.

La prima fase di un gruppo è diventare gruppo, il che avviene tramite il conoscere e farsi conoscere dagli altri membri, prendere consapevolezza del luogo e del contesto, apprendere le regole del setting, queste utili per dare "contenimento e orientamento a essere gruppo".(8)

Pensare il contesto, preparare la stanza del servizio più adatta: quella più luminosa, più ampia.

Programmare le attività, il tema, tessere l'attesa.

È il tempo delle presentazioni, della conoscenza, della costituzione delle regole del setting, si comunicano le motivazioni, è il tempo di fondare lo sfondo sicuro. Sulle prime il cerchio è schermato, le braccia di tutte sono incrociate, c'è silenzio attento, il respiro è sospeso. Nella fase di conoscenza e accoglienza il terapeuta si preoccupa di favorire l'emergere del sentire di gruppo ovvero come l'individuo percepisce quello che accade nel gruppo.

Si promuovono spazi di ascolto in piccoli gruppi per poi ritornare al grande gruppo. C'è curiosità, cresce la vitalità, la luce negli occhi è ora diversa: misto di commozione e di interesse, ci si rilassa in sorrisi che aprono il volto.

Nicoletta tutto d'un fiato si libera del suo peso: "Io gratto!"

NICOLETTA

Titola un famoso testo di Erving Polster (9), Ogni vita merita un romanzo ed è così che ci si sente, da terapeuti, stando ad ascoltare le storie dei pazienti: spettatori attenti, curiosi e rispettosi dinnanzi alla narrazione di un'esistenza ferita.

Quello di Nicoletta, romanzo, potrebbe iniziare con la sparizione di una collana, un mistero che è sotto gli sguardi di tutti, ma, come spesso accade ai nostri protagonisti, sembra che un velo copra gli occhi anche quelli dei più cari tra i familiari. Nicoletta non si distaccava mai dalla sua collana, ma doveva pur accadere che qualcosa squarciasse il velo, perché gli altri si accorgessero del delitto che si stava consumando e che stava logorando piano piano dal di dentro, la sua vita. La collana è stata venduta, perché i soldi dello stipendio da badante non bastavano più a coprire i debiti da gioco per i gratta e vinci.

Quando Nicoletta arriva al servizio è accompagnata dal marito, ha quell'aria sperduta di bambina al primo giorno di scuola, che è tanto familiare agli operatori del SerD.

Guardando Nicoletta si potrebbe dire che sia stata una donna tutta d'un pezzo, la postura eretta, lo sguardo diretto, in lei c'è sbigottimento ma è una presenza fiera e dignitosa; la sua domanda è spesso "ma come

ho fatto – cosa c'è qui dentro che non va?" e con un dito indica la testa.

Tiene la borsa sulle gambe, sgrana gli occhi e si stringe nelle spalle, sprigiona un fascino sottile, insicuro. Colloquio dopo colloquio si compone la melodia di una vita molto sacrificata, quello che colpisce di Nicoletta è una forza d'animo che ha sempre contraddistinto la sua esistenza, c'è vivacità e agilità che si intrecciano ai momenti dolorosi e che le hanno permesso fino ad un certo momento di andare sempre avanti.

È tutto un movimento appassionato che non le ha mai risparmiato il dramma: infanzia felice in Romania fino a quando, all'età di diciotto anni, perde improvvisamente il padre. Lascia gli studi e comincia a lavorare, si sposa giovanissima, da questo matrimonio nascono quattro figlie.

Scelta coraggiosa: lascia il marito, aggressivo ed alcolista che la picchia, affida le figlie alla madre e viene in Italia per lavorare.

"Non capivo niente – c'erano giorni che tanto era il desiderio delle mie figlie che sarei andata a piedi in Romania". Si avverte profonda la commozione. Ricongiunge finalmente la famiglia, trova un nuovo compagno di vita, mette al mondo la quinta figlia e con i risparmi del lavoro comincia a far costruire una casa in patria.

C'è, tra i pazienti affetti da GAP, un caratteristico e familiare chiaroscuro di minore e maggiore, per usare una metafora musicale, che pare offuscare la tersa limpidezza del tema principale, è questa discromia che nel dipanarsi del dramma della vita, per alcuni, assume le note dolorose della ludopatia.

"Tu zero, mi diceva la prima signora dove sono andata a lavorare, perché non capivo l'italiano" ripete queste parole ridendo di cuore, c'è riconoscenza nei confronti di quella anziana donna che l'ha sempre incoraggiata. Nulla la scalfiva! Eppure, qualcosa si è insinuato come una coda di tristezza, come se lei si fosse identificata con quello zero.

Nel momento in cui il gruppo mostra la sua solidità, si potrebbe dire "offre delle garanzie", si rivela come sfondo sicuro in cui riconoscersi e affidarsi, Nicoletta rivela quello che per mesi ha tenuto nascosto alle persone più care.

Il corpo del terapeuta è un protendersi verso di lei come un voler sintonizzare il proprio respiro, contenere l'ansia della rivelazione.

La reazione delle altre donne che si trovano ad accogliere il racconto di Nicoletta è quello di snocciolare i più disparati consigli, la loro di ansia è riconducibile all'urgenza di sentirsi ancora una volta "mamme utili". Il terapeuta, in questo caso, mette in atto la sua empatia sul confine di contatto, percepisce l'imbaraz-

zo di Nicoletta (questa si irrigidisce sulla sedia, guarda l'orologio, dice che deve andare via) e, nell'urgenza delle altre di dare facili soluzioni, legge l'intento di proporre un nutrimento e il gruppo potrebbe essere questo nutrimento. Piuttosto che proporre cosa fare, il terapeuta suggerisce di riportare Nicoletta ad una relazione con il gruppo: "noi ci siamo per te e quando sentirai crescere il bisogno di andare a "grattare" potresti pensare a noi".

A conclusione di quell'incontro prende il sopravvento in una delle partecipanti quel bisogno di dire e mostrare tutto il proprio dolore. L'ansia è fuori controllo, non concedendo spazio a nessun altro; il gruppo è lo sfondo su cui esibire le proprie ferite.

"L'aggressività e la destrutturazione esprimono un grande amore verso l'altro e il desiderio di raggiungerlo... la leadership in questa fase rischia la destrutturazione fidandosi della autoregolazione" (10).

Cinzia si alza in piedi, cammina nel cerchio, mima, recita, cambia tono di voce. Il gruppo è appeso ad un filo. Il terapeuta placa, accoglie, giustifica. La vitalità del gruppo si è spenta, il respiro è coartato. I volti delle donne in cerchio sono immobili, a qualcuno scappa un sorriso, la scena è ironica, a tratti grottesca; Cinzia ha in modo inaspettato, aggrovigliato i fili. I terapeuti a turno cercano di contenere la rabbia. Si restituisce al gruppo il tema della morte, della sofferenza, del terrore, temi che appartengono ad ognuno ma, che in modo grezzo e senza pre-contatto adeguato, sono stati ormai lanciati con aggressività e rabbia. Le conclusioni sono abbozzate e si ritiene necessario riportare tutto il dolore alla grande opportunità che è il gruppo: relazione che può proteggere dal caos. Nell'incontro successivo Cinzia appare calma: al suo arrivo abbraccia Nicoletta, il pensiero della quale, asserisce, l'ha accompagnata per l'intera settimana; sembra che attraverso questa relazione sia evidente il pensare al gruppo.

"Tutte le espressioni di sentimenti di calore, vicinanza, anche sofferenze, ferite, sostengono l'intenzionalità del gruppo" (11).

Cinzia sembra quasi scusarsi, il gruppo col tempo offrirà equilibrio, nulla è giusto o sbagliato. La bellezza del gruppo è la diversità, unicità e complementarità dei suoi membri.

Un altro momento intenso è quando viene chiesto: "Quale desiderio vorresti realizzare da qui alla prossima settimana?"

Nicoletta all'inizio prova difficoltà a "trovare un desiderio" limitandosi a dire: "Desidero stare bene, che i miei figli stiano bene", mantenendosi sul vago. Ma quando il gruppo la sostiene incoraggiandola a trovare un "desiderio più concreto", lei supera la difficoltà a

riconoscersi questo permesso e con un sorriso dà voce a quello che vorrebbe: UNA BELLA COLLANA D'ORO.

Il gruppo le rimanda la legittimità del desiderio, si delinea, così, la possibilità nel suo immaginario che sia un desiderio possibile da realizzare per nient'altri che per sé stessa.

Durante uno degli appuntamenti, viene verbalizzata la parola comunità a cui si affidano, aspettando durante la settimana il giorno per rincontrarsi. Hanno volti speranzosi, luminosi nel momento in cui raccontano l'attesa della settimana.

Si potrebbe pensare quanto debbano sentirsi disperate per ritenere necessario un luogo di sconosciute.

Eppure, il gruppo non tradisce.

Nel piccolo gruppo Elena esplicita a bassa voce: "non sono una che parla molto"

ELENA

La storia di Elena e Andrea è una storia dalle forti tinte drammatiche, Andrea è dedito al gioco d'azzardo da almeno dieci anni, da qualche anno in pensione da un lavoro di tutto rispetto; impegnato da sempre nel sociale, sempre pronto ad aiutare i colleghi e chiunque ne avesse bisogno. Andrea voleva cambiare il mondo, liberarlo dalle ingiustizie, si porta dentro una infanzia traumatica 4° di 8 figli, la madre muore in modo tragico, lui ed i suoi fratelli vengono sparpagliati in diversi orfanotrofi. Anche dopo il ricongiungimento familiare avvenuto quando aveva 14 anni, non è riuscito a studiare, ha sempre dovuto lavorare per poter vivere e contribuire al fabbisogno della famiglia. In questi dieci anni di patologia, Andrea riesce a tenere tutto nascosto, tenta, come è noto, in questo quadro clinico, a rincorrere la vincita per potersi rifare, per poter mettere tutto a posto, ma la vita spesso irrompe inaspettatamente e illumina la disperazione: arriva la notizia della nascita della nipotina. Questo evento crea un proficuo dissidio interiore, mette fine alla dissociazione che non permetteva di guardare la realtà; il corpo risponde come può, ernia strozzata. Sulla barella del pronto soccorso Andrea confessa la sua disperazione: "Non abbiamo più nulla".

In un colloquio preliminare tra Andrea e la psicologa, Elena viene coinvolta e così fa il suo ingresso al servizio.

Di lei colpisce l'eleganza, i modi delicati, il volto sembra di cera e lo sguardo attonito, non parla molto. L'incontro con Elena è stato evocativo di quella che potremmo definire la dimensione del silenzio, in lei il dolore si materializza in silenzio.

Non è mera malinconia l'alone che la circonda, questo velo di tristezza in lei non scade mai nel patetico. Non cerca consolazione, piuttosto il suo parlare discre-

to esprime un desiderio di esplorare le motivazioni che hanno portato il marito ad un punto di non ritorno, costringendoli a vendere la casa, la loro casa, la casa di una vita.

Il silenzio, dunque non come assenza, disinteresse, annullamento, bensì silenzio come adesione alla realtà, tant'è che una sera d'estate, nel giardino di quella casa ormai perduta, Elena urla tutto il suo dolore e la sua rabbia, questo grido è lo spiraglio di speranza da cui ricomincia tutto a prendere una forma. Nell'esperienza clinica con i gambler, si è potuto constatare che sono spesso i familiari a chiedere aiuto una volta scoperta la verità. Elena, insieme ai due figli, ha spronato Andrea a rivolgersi al servizio per le dipendenze del territorio (SERD Alcamo).

L'idea di costituire un gruppo in cui gambler e caregiver potessero acquisire strumenti utili alla comprensione del fenomeno è sembrato un'esperienza preziosa sia come spazio di rispecchiamento per i membri, sia come opportunità per i terapeuti di comprendere e conoscere dinamiche relazionali e familiari, che nei colloqui individuali si fa più fatica a comprendere. Elena ha aderito positivamente alla proposta ed il gruppo è diventato il luogo in cui poter da subito esprimere il bisogno di esprimersi.

Il gruppo è quel luogo suggestivo in cui le malinconie, i dolori, le sofferenze, le incomprensioni sono meglio espresse.

Elena in modo del tutto inaspettato dal fondo del suo controllo, non scomponendo la sua postura, riesce, al primo incontro, a condividere un suo importante momento di sfogo:

"Una sera dopo anni di silenzi soppressi, sono arrivata al punto di lanciare le sedie in aria e ad emettere un urlo liberatorio che pure i vicini si saranno spaventati. Ho poi dormito come non mi accadeva da tempo. Ah, se l'avessi fatto prima!"

In quel gruppo ristretto si è creata una interessante alchimia con un'altra caregiver molto più giovane di Elena, Maria. Quell'immediata rivelazione, quell'affermazione finale "Ah, se l'avessi fatto prima!", sembra quasi un dono che Elena fa alla giovane Maria, forse quella di non perder tempo, di non rimandare, di avere il coraggio di "vedere", tanto che quest'ultima prenderà di lì a poco un'importante decisione per la sua vita e per quella della sua bambina; allo stesso tempo la presenza di Maria consente a Elena di potersi permettere altri "sfoghi", in un luogo protetto e sicuro. Da queste narrazioni emerge quanto sia stata efficace la "Forza" della terapia. Le storie e le emozioni connesse di ciascun membro si sono intrecciate ed è diventata la STORIA DEL GRUPPO, con la sua unicità. Il livello di complessità e di rispecchiamenti è stato

molto elevato ed ha avuto effetti sia sulle narrazioni personali che sulle iniziative intraprese.

L'aspetto riparativo offerto dal contesto grupppale ha dato la possibilità a ciascuno di loro di essere viste diversamente da come lo erano state nel gruppo di appartenenza familiare, e ha elicitato l'apprendimento di nuove modalità relazionali. Infatti "L'esperienza di gruppo perturba e destabilizza la rigidità delle convinzioni sui significati e sulle relazioni. Si riduce quindi la sicurezza che ognuno ripone nelle risposte emotive e comportamentali abitualmente ritenute necessarie o adeguate. La ridondanza delle interazioni con sé e con la propria nicchia relazionale all'interno del gruppo è pertanto caratterizzata ora da maggiore incertezza.

L'individuo sperimenta così la necessità di trovare nuove modalità di adattamento. Il terreno è divenuto capace di accogliere nuovi semi di significato".(12)

Bibliografia

1. G. Cecchin e T. Apolloni, *Idee Perfette Hybris delle prigioni della mente*, Franco Angeli, 2004
2. M. Bonacina <https://www.studiopsicologiaincroci.com/post/la-terapia-di-gruppo-in-carcere> 14 mag 2020
3. M. Frisina, *Sul bordo del caos Complessità, terapia sistemica e dipendenze*, Mimesis, 2020
4. M. Elkaim, *Se mi ami, non amarmi. Orientamento sistemico e psicoterapia*, Boringhieri, 1992
5. F. Perls, *La terapia gestaltica parola per parola*, Roma Astrolabio, 1980
6. M. Spagnuolo Lobb, *Il Now – For – Next*, Franco, *la psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*, Angeli, 2011
7. M. Spagnuolo Lobb, *ibidem*
8. M. Spagnuolo Lobb, *ibidem*
9. E. Polster, *Ogni vita merita un romanzo - Quando raccontarsi è terapia*, Roma Astrolabio 1988
10. M. Spagnuolo Lobb, *ibidem*
11. M. Spagnuolo Lobb, *ibidem*
12. C. Giordano, M.G. Curino, *Terapia sistemica di gruppo*, Alpes Italia, 2013

7.7

RESTART: LO SPORTELLLO DEL DISTRETTO DI FIDENZA, SERDP, AZIENDA USL DI PARMA, PER LE DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Gariboldi S.*^[2], Branchi B.^[2], Merli G.^[2], Marzolini F.^[2], Mozzani M.^[1], Camarda G.^[2], Leccacorvi F.^[2], Pellegrini P.^[3]

^[1]UOC SMA-DP, Distretto Fidenza, AUSL Parma ~ Parma ~ Italy,

^[2]SerDP Fidenza, Ausl di Parma ~ Fidenza (PR) ~ Italy,

^[3]DAISM-DP, AUSL Parma ~ Parma ~ Italy

Sottotitolo: Lo sportello Restart, per il trattamento della dipendenza tecnologica, ha avuto l'obiettivo di trovare un modello operativo, rivolto a ragazzi/e, genitori, amici e insegnanti che tenesse conto dei bisogni di cura e delle risorse dei servizi: un'integrazione di competenze specifiche tra attività di individuazione precoce, prevenzione e cura.

Testo Abstract

Il contesto

L'adolescenza

L'adolescenza corrisponde a quel periodo convenzionalmente inserito tra l'inizio della pubertà e l'instaurarsi dell'indipendenza sociale (Steinberg, 2014). La definizione più comunemente usata di adolescenza comprende un'età tra i 10 e i 19 anni, ma può estendersi in un arco temporale dai 10 a 24 anni: periodo più conforme cronologicamente ai cambiamenti evolutivi dell'adolescenza negli ultimi anni (Sawyer, S. et.al 2018). Si tratta di un concetto dinamico, in costante evoluzione e caratterizzato da cambiamenti biologici, psicologici e socio-culturali. Ad oggi, sicuramente, l'adolescenza si manifesta con uno dei temi più salienti dell'attuale contesto sociale, ossia l'iperconnessione. Ciascuno di noi stabilisce connessioni con gli altri tramite una nuvola di dati e di fili invisibili che rendono ciò che prima era distante, ora più vicino e facilmente raggiungibile (Lancini, 2019).

Nel corso degli ultimi decenni abbiamo assistito ad una rivoluzione digitale che ha portato con sé grandi cambiamenti antropologici, fenomenologici ed epistemologici: le nuove tecnologie hanno infatti plasmato

significativamente le relazioni tra le persone, le loro identità, le loro narrazioni e i loro comportamenti (Punto Famiglia Plus, 2018). Gli adolescenti, all'interno di questa cornice, divengono attori attivi e digitali del proprio mondo interiore e virtuale. Cercano conferma nella condivisione online, al fine di modificare, mediare, rafforzare, integrare e ricevere riscontri rispetto alle proprie azioni, vissuti e identità (Lavenia, 2018).

Alcuni studi, specifici sull'argomento, nonostante suggeriscano la necessità di ulteriori approfondimenti, riportano correlazioni tra il tempo trascorso davanti allo schermo e depressione, ansia, disturbi del sonno e scarso rendimento scolastico (Giedd, 2022). In generale, inoltre, si riscontrano cambiamenti nell'anatomia e nella fisiologia del cervello (Palau, 2017). Altri studi, invece, rilevano un'associazione positiva tra l'uso dei videogiochi e il cambiamento cerebrale come una maggiore attività della memoria di lavoro visuo-spaziale, delle emozioni e dell'area di attenzione. In particolare, è stato riscontrato anche come l'ippocampo venga attivato nella navigazione 3D nel mondo dei giochi FPS, mentre l'amigdala venga utilizzata per stare in allerta durante i giochi (Brilliant, 2019).

Adolescenza e famiglia

I cambiamenti causati dalla rivoluzione digitale, hanno portato con sé modificazioni, anche, sul piano delle interazioni familiari: si è passati da una modalità faccia a faccia, a una forma che privilegia l'online, con conseguente influenzamento su ciò che intendiamo con il termine "famiglia" (Punto Famiglia Plus, 2018) e stile familiare rispetto all'uso delle tecnologie. Le famiglie, ognuna con il proprio bagaglio soggettivo di narrazioni, hanno attivato diverse strategie d'intervento per regolare l'utilizzo di Internet e degli strumenti tecnologici presenti all'interno del proprio nucleo familiare. Tale modalità viene descritta come Governance Familiare: strategie messe in atto dai genitori per regolare l'uso dei media e della tecnologia del gioco relativamente ai concetti di tempo (norme di limitazione ed organizzazione del tempo), spazio (riorganizzazione degli spazi quotidiani), contenuto (osservazione di quanto visionato, consumo condiviso, discorsivizzazione dei contenuti più problematici) e relazione (stile, qualità, quantità e tipologia) (Aroldi P., 2015).

Nello specifico, la letteratura descrive tre principali strategie di mediazione genitoriale sull'utilizzo dei media, utilizzate dai genitori in modo dinamico. Il primo fra questi è il Co-view, ossia l'utilizzo condiviso dei dispositivi digitali che, nell'epoca attuale, risulta non sempre una soluzione percorribile, soprattutto a

causa dell'uso sempre più "individuale" del digitale. Tale visione condivisa porta in sé una dimensione socializzante, ma rischia di non sviluppare un reale momento di riflessione critica, confronto partecipativo e dialogo, con conseguente approvazione silenziosa dei contenuti visualizzati. La seconda strategia riguarda la mediazione restrittiva, ossia l'attuazione e l'imposizione di regole nell'uso dei dispositivi digitali e nella visualizzazione di programmi televisivi o video scelti dal genitore. Tale modalità può risultare troppo coercitiva per gli adolescenti, che cercano conseguentemente strategie di fuga da queste assenze di condivisione e negoziazione. Infine, l'ultima strategia è caratterizzata dalla mediazione attiva, che unisce dialogo e riflessione critica permettendo ai bambini/ragazzi/giovani adulti di sviluppare una significativa consapevolezza rispetto ai media e al loro utilizzo (Mendoza, K., 2009). Queste diverse strategie, messe in atto dai genitori, vanno a definire diverse tipologie di famiglie che si delineano in base al rapporto tra due variabili: l'educazione e il controllo. Una famiglia con alto controllo e assenza educativa viene descritta come un nucleo restrittivo e luddista, l'assenza educativa e un basso controllo delinea, invece, una famiglia permissiva, lassista e, infine, una presenza educativa e un basso controllo evidenzia un nucleo mediattivo e affettivo (Punto Famiglia Plus, 2018).

Gaming

I videogiochi rappresentano i passatempi più diffusi nella fascia d'età tra l'infanzia e l'età adulta in quanto possono essere raggiunti da chiunque e in qualunque momento. Se, infatti, originariamente era possibile giocare solo tramite pc o console, ora i videogiochi possono essere facilmente scaricati anche per tablet e smartphone e accompagnare la vita delle persone divenendo dei veri e propri sistemi premianti che accentuano il rinforzo e l'estraniamento. Non solo, a causa della loro velocità di fruibilità, i videogiochi possono portare alla comparsa della cosiddetta Fomo (Fear of missing out) ossia la paura di rimanere esclusi da esperienze sociali e ludiche come queste. Questo succede poiché, nonostante il primo videogioco sia risalente al 1952, è negli anni '90 che questi giochi iniziano ad avere i loro primi importanti sviluppi fatti di grafiche sempre più accattivanti e coinvolgenti che favoriscono il "be there" (l'essere presente). A partire dal 2000, grazie al miglioramento delle nuove tecnologie, le esperienze ludiche, associate ai videogames, sono diventate di alto livello e nel periodo pandemico i videogiochi sono stati considerati strumento di intrattenimento prediletto tra le mura di casa, come dimostra anche il fatturato italiano sul tema di 2,2

miliardi di euro, con un aumento del 21,9% rispetto all'anno precedente (IIDEA: Italian Interactive Digital Entertainment Association). Riprendendo le parole del presidente di IIDEA: «Il gaming non viene più considerato soltanto come fenomeno di intrattenimento e di gioco, ma anche come una risposta sociale ai bisogni delle persone, una soluzione innovativa per la didattica, una base di confronto e di scambio relazionale». Anche secondo M. Lancini i videogiochi sono costituiti da vari aspetti psicologici e affettivi e, proprio per questo, favoriscono "processi identificativi e un continuo ingaggio con tempistiche maggiormente prolungate rispetto ad altre attività online" (Lancini, 2019). Essi sono, sicuramente, caratterizzati da un'evoluzione dei personaggi e un'estrema personalizzazione, oltre che un basso costo con una riscossione immediata e una maggior semplicità di utilizzo, specialmente se li si confronta con i giochi tradizionali. A differenza, però, di questi ultimi, i videogiochi di oggi, oltre ad essere mezzi di svago ed essere caratterizzati da una dimensione ludica, divengono supporto nella capacità di mentalizzare il corpo e sono parte attiva delle relazioni interpersonali e sociali (Lancini, 2019).

Sportello Restart

Lo sportello nasce, nel 2021, dall'idea del SerDP di Fidenza dell'Azienda USL di Parma di creare un servizio Evidence-Based in grado di rispondere, con un aiuto qualificato ed esperto, alla prevenzione e alla cura della dipendenza tecnologica legata all'iperconnessione e all'uso improprio di smartphone e tablet di giovani e giovanissimi. Dall'esperienza clinica degli operatori, si evidenzia l'importanza del riconoscere alcuni comportamenti come veri e propri campanelli d'allarme, che potrebbero segnalare la presenza di una problematicità. Tra le principali: molte ore trascorse in rete, connessioni notturne prolungate, scarsa attività fisica, problematiche rispetto alle attività scolastiche e lavorative, irritabilità e disinteresse per attività non collegate alla rete. Lo sportello è rivolto, oltre ai giovani, anche agli adulti: genitori e insegnanti, che all'interno del servizio possono ricevere una consulenza volta a rispondere alle domande e ai bisogni portati. Lo sportello Restart, grazie all'integrazione di vari strumenti e alla multiprofessionalità dell'equipe del SerDP di riferimento, nasce, anche, con il tentativo di divenire una realtà flessibile e utilizzabile dai diversi servizi territoriali pubblici. Un luogo dove l'utente può essere considerato in un'ottica circolare grazie alla continua interazione con i suoi sistemi e contesti di riferimento. Lo sportello si suddivide in un assessment iniziale, interventi psicoeducativi e una possibile fase di

trattamento individuale, gruppale e familiare. L'assessment è costituito da tre incontri di valutazione psicologica/personologica e uno finale di restituzione. Gli obiettivi di questi incontri sono accogliere la domanda con cui la famiglia e ciascun membro si presenta, cercando di comprendere insieme l'origine del problema, la sua storia e il motivo per cui la domanda è sopraggiunta proprio in quel momento.

Risultano significativi per l'intervento psicologico informazioni come: il contesto in cui il soggetto gioca maggiormente e quale tipologia di gioco utilizza, come si svolge l'attività ludica (da solo o in compagnia), la conoscenza dell'avatar costruito o scelto, nel caso di un gioco di ruolo e il significato attribuito al gioco stesso. Finalità elettiva è il comprendere il mondo interno del paziente e tutti i suoi macro e micro sistemi di riferimento, in modo che la dipendenza tecnologica non venga analizzata come un semplice "sintomo" del soggetto, ma, piuttosto, come il risultato di un'interazione di più fattori che debbano essere studiati su più piani. Fondamentale è, anche, comprendere le eventuali implicazioni economiche/finanziarie legate al gioco online e a micro-transazioni che, se ripetute nel tempo, possono causare dei deficit economici significativi e essere un possibile indicatore di uso problematico del gioco.

La diagnosi differenziale, tramite un'accurata anamnesi psicopatologica e patobiografica, è indispensabile per un accurato trattamento individuale, che espliciti con maggior chiarezza la cornice di riferimento della problematica riportata.

La raccolta anamnestica è coadiuvata dalla somministrazione di una batteria testistica specifica, volta a integrare le informazioni raccolte e a esplicitare la percezione e i significati che il soggetto connette alla problematica. Al paziente possono essere presentati i seguenti test clinici:

- Problematic Online Gaming Questionnaire Short Form - POGQ-SF (Demetrovics et al., 2012)
- Motives for online gaming questionnaire - MOGQ (Demetrovics et al., 2011)
- Symptom Checklist-90-R (SCL-90R), (Derogatis, 1992)
- Inventari di personalità per il DSM-5 (PID-5 e PID 5-Adolescenti), (Fossati et al., 2013)
- Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti - SAFA (Cianchetti e Fascello, 2001)
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004),
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2006),
- Attachment Style Questionnaire (ASQ) (Feeney,

Noller e Hanrahan, 1994),

La restituzione dei dati raccolti permette la definizione degli obiettivi del trattamento in presenza del soggetto e di tutti i componenti della famiglia. In seguito, il trattamento, se necessario, prevede tre fasi, della durata complessiva, di sei mesi, con incontri a cadenza settimanale. La prima fase si declina di quattro incontri in cui si definisce il contratto terapeutico con il paziente e si affronta il tema della dipendenza tecnologica da un punto di vista psicoeducativo. La seconda fase, di cinque incontri, lavora sulle strategie di coping e di problem solving con la finalità di lavorare sulle distorsioni cognitive, identificando le situazioni problematiche, che possono innescare emozioni e pensieri sottostanti. Importante è l'apprendimento di abilità di regolazione emotiva e di comunicazione efficace.

La terza fase, costituita da due incontri, è volta a prevenire eventuali ricadute e a riconoscere e potenziare i nuovi stili di vita adattivi del soggetto. Il trattamento prevede due incontri di restituzione finale al soggetto del percorso svolto. Si prevede un follow-up di un incontro a tre mesi di distanza.

Parallelamente al lavoro sul paziente, lo sportello ha ipotizzato un trattamento di otto incontri anche con il sistema familiare del soggetto. Nello specifico, durante il primo incontro, si procede con una valutazione del funzionamento psicologico e relazionale della famiglia, delineando i vari temi che verranno trattati nel percorso e specificando la natura informativa/dialettica/dialogica come modalità caratteristica di ogni incontro. Possono essere utilizzati strumenti come il genogramma familiare, utile sia per capire le varie dinamiche relazionali, di ruolo e comunicative presenti all'interno della famiglia, sia per approfondire le tematiche di attaccamento e lo stile relazionale e genitoriale di ogni membro. Durante il secondo incontro viene stipulato il contratto terapeutico con la famiglia e viene proposta una formazione familiare per un uso consapevole del digitale. L'intervento informativo e psicoeducativo serve per co-costruire un piano di azione condiviso. Nel terzo incontro si utilizzano pratiche di mindfulness e di regolazione emotiva per poi arrivare al tema del conflitto e alla negoziazione e gestione di quest'ultimo nel quarto incontro. Il quinto incontro prevede la rilettura del contratto scritto insieme alla famiglia e la condivisione dello stato emotivo familiare e di ogni membro. Il sesto incontro è volto alla costruzione di un ambiente di validazione emotiva, caratterizzato da: osservazione attiva (ascolto attivo, empatico, non giudicante), rispecchiamento emotivo (provare ciò che prova l'altro) e validazione diretta (iden-

tificare l'emozione, nominarla e apprendere la comunicazione degli aspetti di comprensibilità, validità e saggezza di ciò che l'altro sta provando). Nel penultimo incontro si procede con il rituale del ringraziamento e del perdono: significativo momento simbolico. Durante l'incontro finale, si condivide quanto emerso nel ciclo di incontri e si procede con il congedo della famiglia (Lavenia, 2018).

Per riassumere

Attenti ai cambiamenti tipici dell'adolescenza e alle inevitabili modificazioni della rivoluzione digitale, si è reso indispensabile per il SerDP di Fidenza ripensare e rimodulare il proprio modo di accostarsi alle problematiche nascenti ed emergenti. Da qui, la costruzione e la creazione della metodologia legata allo Sportello Restart. Questo ha permesso, agli operatori coinvolti, di trattare le tematiche correlate, approfondendo determinati contenuti connessi al tema della dipendenza tecnologica e apprendendo lenti differenti con cui approcciarsi ai bisogni emergenti. L'attuazione del progetto ha sottolineato l'importanza del lavoro di rete, specialmente con i servizi dell'età evolutiva e sociali. Il protocollo ha, anche, delineato alcune criticità tra le quali: la difficoltà ad inserire il trattamento delle dipendenze tecnologiche nell'organizzazione del servizio pubblico, dedicato ad un'altra tipologia di utenza, e la gravità sintomatologica delle richieste pervenute. Queste, infatti, sono sempre più caratterizzate da situazioni problematiche in fase acuta che rendono maggiormente complesso l'intervento e richiedono un ulteriore ripensamento in ottica preventiva, da integrarsi con le realtà già presenti sul territorio. Essendo uno studio pilota, si auspica la possibilità di procedere con la validazione del protocollo intercettando altri servizi e incrementando il campione di riferimento.

Bibliografia

- Aroldi, P. (2015). *Famiglie connesse. Social Network e relazioni familiari online*.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Cianchetti C, Sannio Fascello G. *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*. Milano: Organizzazioni Speciali, 2001.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., & Oláh, A. (2012). *The development of the problematic online gaming questionnaire (POGQ)*. *PloSone*, 7(5), e36417.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., ... & Harmath, E. (2011). *Why Do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ)*. *Behavior Research Methods*, 43(3), 814-825.
- Derogatis, L.R. (1992) *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. 2nd Edition*, Clinical Psychometric Research, Inc., Towson.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). *Assessing adult attachment*. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). *Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults*. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Giedd, J. N. (2022). *Adolescent brain and the natural allure of digital media*. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Lancini, M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti*. Raffaello Cortina Editore.
- Lavenia, G. (2018). *Le dipendenze tecnologiche: valutazione, diagnosi e cura*. Giunti Psychometrics.
- Mendoza, K. (2009). *Surveying parental mediation: Connections, challenges and questions for media literacy*. *Journal of Media Literacy Education*, 1(1), 3.
- Palas et al. (2017) *Neural Basis of Video Gaming: A Systematic Review*.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). *The age of adolescence*. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
- Steinberg, L. D. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.

Sitografia

- Famiglia Plus (2018):
https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewj8kt0bkpiBAxX5QfEDHTT8DgEQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.puntofamiglia.net%2Fpfplus%2Ftutti-i-temi-del2018%2F&usq=AOvVaw2pC8c9VxCTOmNbe_BCXws&opi=89978449

7.8

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO ED ESPERIENZE TRAUMATICHE INFANTILI

Liguori E.*^[1], Beni F.^[1], Dolfi E.^[1], Fagni F.^[2], Gabbiani M.^[1], Gorini Amedei S.^[1], Manfredi A.^[3]

^[1]Servizio per le Dipendenze Asl Toscana Centro ~ Prato ~ Italy,

^[2]Unità Funzionale Complessa Dipendenze Valdinevole Asl Toscana Centro ~ Pistoia ~ Italy,

^[3]Area Dipendenze Asl Toscana Centro e Unità Funzionale Complessa ~ Prato ~ Italy

Sottotitolo: Rilevazione di esperienze traumatiche infantili in pazienti con disturbo da gioco d'azzardo afferenti al Servizio per le Dipendenze di Prato.

Testo Abstract

Dalla letteratura si evince che coloro che hanno vissuto un'esperienza traumatica sarebbero maggiormente vulnerabili nello sviluppare delle dipendenze comportamentali, alcune delle quali non correlate all'uso di sostanze, come il gioco d'azzardo patologico.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di osservare come presso il Servizio Dipendenze di Prato, da qui in poi definito SerD, la presenza del DGA Disturbo da gioco d'azzardo tenderebbe a correlare con esperienze infantili sfavorevoli. Il campione in studio è costituito da 38 soggetti che afferiscono al Servizio.

Per le rilevazioni è stato utilizzato lo strumento ABQ Addictive Behavior Questionnaire (Caretto et al., 2016) dalle osservazioni è emerso un dato significativo tra DGA ed esperienze traumatiche vissute nell'infanzia.

La necessità di dover talvolta riformulare ai pazienti i quesiti relativi a tali esperienze definite nel dominio quattro dell'ABQ ha portato ad effettuare riflessioni confrontando quest'ultimo con il questionario ACE (Adverse Childhood Experience Felitti et al., 2018) contenente 10 differenti categorie di esperienze avverse, tra cui 3 categorie di abuso, 5 categorie di disfunzione dell'ambiente familiare e 2 categorie di trascuratezza.

Introduzione

La letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione esistente fra traumi vissuti nell'infanzia e

disturbi psicopatologici in età adulta, espressa anche attraverso varie forme di dipendenza (Caretto e Craparo, 2008; Liotti e Farina, 2011; Schimmenti e Bifulco, 2008; Schore, 2009; Van der Kolk, 2008) tra cui lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico (Dion et al., 2015; Scherrer 2007).

Nel dettaglio Kausch e colleghi, nel 2006 mostrano, attraverso uno studio effettuato presso il Brecksville VA Medical Center, che pazienti con diagnosi di DGA riportano per il 64% una storia di trauma emotivo, il 40,5% traumi fisici e il 24,3% traumi sessuali, la maggior parte verificatasi durante l'infanzia (Spolaor 2017).

La condizione di abuso, secondo Blaszczynski e Nower (2002), determinerebbe la presenza di «giocatori emozionalmente vulnerabili», i quali, in aggiunta a fattori innati predisponenti, giocano d'azzardo motivati dal desiderio di modulare i propri stati affettivi e/o soddisfare specifici bisogni psicologici.

Da questa prospettiva, i comportamenti additivi sembrano tutti rappresentare un tentativo disfunzionale di fronteggiare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici infantili; vissuti, che il soggetto contrasta ritirandosi, utilizzando condotte comportamentali disfunzionali (Spolaor 2017; Caretto et al., 2007; Gugliandolo 2019; Dinc et al., 2019). In quest'ottica, il gioco d'azzardo può essere inquadrato come una delle strategie disfunzionali per fuggire, prendere le distanze o ridurre lo stress derivante dall'esperienza traumatica (Dion et al., 2010).

Nel corso degli anni vari autori si sono occupati del concetto di trauma, dandone una definizione, descrivendone caratteristiche e conseguenze. Appare utile qui considerare il trauma sia come «evento stressante al quale non ci si può sottrarre, che sovrasta le capacità di resistenza dell'individuo» (Van Der Kolk 1996), sia come una situazione incontrollabile di minaccia che protratta, genererebbe: «i cosiddetti sviluppi traumatici» (Liotti & Farina 2011).

Dai suddetti aspetti teorici e dai dati epidemiologici è stato possibile effettuare un confronto tra la popolazione afferente al SerD di Prato per DGA con la letteratura. Le informazioni sono state raccolte tramite la compilazione dei questionari per gli anni 2021-2022-2023 tramite l'ABQ.

Nel campione di 38 pazienti si è potuto osservare una significativa presenza di esperienze traumatiche infantili da lieve a grave e DGA.

Alcuni pazienti che non hanno riportato all'interno del questionario la presenza di esperienze sfavorevoli nell'infanzia, durante il colloquio hanno invece riferito episodi di vita complessi caratterizzati da trascuratezza ed altro. La riflessione effettuata, porta a interro-

garsi sulla specificità dei contenuti dell'ABQ area quattro, che probabilmente tenderebbero a determinare una sottostima dei vissuti. Alcuni utenti sarebbero inclini a percepirli come complessi, poco diretti e specifici, talvolta richiedono dei livelli di consapevolezza sulle proprie esperienze personali a cui alcuni non hanno accesso. Confrontando tali item con il questionario ACE (Adverse Childhood Experience Felitti et al., 1998), si osserva in quest'ultimo una immediatezza e semplicità nell'interpretazione dei quesiti tale che una probabile presenza di una formulazione chiara e diretta consentirebbe di avere un dato maggiormente significativo rispetto a quello attuale.

Con la sigla ACE si intendono le esperienze avverse dell'infanzia, rientrano in questa categoria tutte quelle esperienze come abusi fisici, abusi emotivi, abusi sessuali, assistere a violenza domestica, abbandono, avere un suicidio in famiglia, convivere con un dipendente patologico (alcolista, tossicodipendente, giocatore patologico), trascuratezza fisica ed emotiva. Alcuni studi effettuati con lo strumento ACE descrivono le conseguenze a lungo termine dei traumi infantili e il discontrollo comportamentale in età adulta (Felitti 2010; Lotzin et al., 2018).

In sintesi questo lavoro ha permesso di confermare (seppur con un esiguo campione) che anche presso il SerD di Prato è presente una correlazione tra esperienze traumatiche vissute nei primi anni di vita e presenza del DGA.

Metodo

Presso il SerD di Prato abbiamo cercato di valorizzare il materiale testistico raccolto negli anni 2021-2022-2023. I questionari ABQ compilati in maniera volontaria da circa 38 pazienti hanno messo in evidenza alcuni dati salienti: il DGA tenderebbe a manifestarsi in presenza di esperienze traumatiche infantili, si presenta spesso in comorbidità con abuso di alcool e dipendenza da internet inoltre, il genere femminile manifesterebbe la presenza di disagio grave ed esperienze disfunzionali in età evolutiva.

Strumenti

Lo strumento utilizzato, il questionario ABQ è suddiviso in quattro aree che indagano il comportamento di addiction. I punteggi fanno riferimento agli ultimi 12 mesi, si compone di due sezioni: la prima definita A (che valuta i comportamenti additivi), la seconda definita B (che misura i livelli di craving).

Ogni sezione considera dei livelli di gravità secondo modalità: lieve (soglia di attenzione clinica), moderata, grave. Il questionario indaga anche 7 domini di vulnerabilità, relativi a pregresse esperienze di vita; le

scale o domini considerano: ansia da separazione, disregolazione affettiva, dissociazione somatoforme e psicologica, esperienze traumatiche infantili, discontrollo degli impulsi, comportamenti compulsivi e ritualizzazione, pensieri ossessivi.

Si è potuto osservare durante l'utilizzo di tale strumento che per alcuni item, in particolare quelli relativi all'area quattro, occorre effettuare delle chiarificazioni verbali al compilante.

Si sottolinea che durante la somministrazione alcuni utenti non hanno riportato nell'area quattro una condizione di vulnerabilità, tuttavia nel colloquio sono emerse esperienze significative a riguardo. Si potrebbe quindi ipotizzare che degli item semplificati che racchiudono le esperienze dirette potrebbero far emergere un dato maggiormente significativo.

A tal proposito l'Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE-Q; Felitti et al., 1998) utilizzato per rilevare le esperienze traumatiche nell'ambito delle dipendenze comportamentali e non solo è apparso maggiormente fruibile.

Il questionario self report è composto da 10 items che indagano le esperienze traumatiche vissute all'interno del contesto familiare prima dei 18 anni di età. Questo strumento considera traumatiche le esperienze di: (1) Abuso fisico ricorrente; (2) Abuso psicologico ricorrente; (3) Abuso sessuale; (4) Presenza nel nucleo familiare di un soggetto dipendente da alcool o da sostanze; (5) Presenza di un soggetto nel nucleo familiare incriminato per un reato; (6) Presenza di un soggetto affetto da un disturbo depressivo all'interno del nucleo familiare o altri disturbi mentali conclamati, istituzionalizzato o a rischio suicidario; (7) Presenza di un genitore trattato in modo violento; (8) Presenza di un solo o nessun genitore; (9) Trascuratezza fisica; (10) Trascuratezza emozionale.

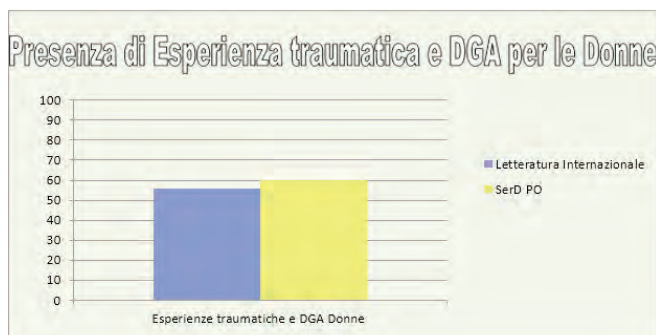
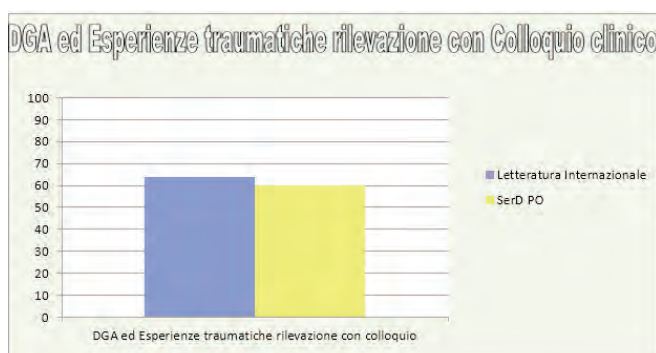
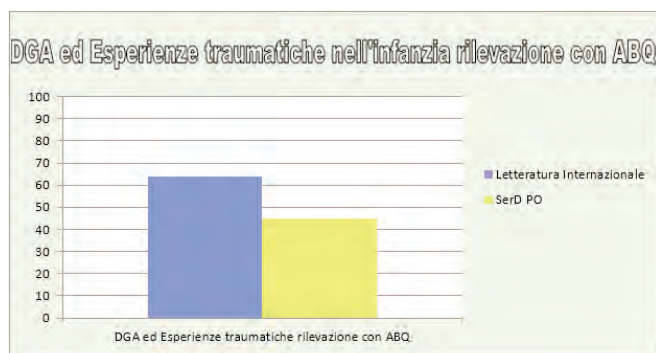
Risultati

Dal confronto tra la letteratura internazionale e i dati emersi dal nostro campione, si denota come a livello internazionale la presenza di esperienza traumatica nell'infanzia in pazienti con DGA si presenta con una prevalenza del 64%, mentre presso il SerD di Prato il dato si presenta nel 45% del campione che ha compilato l'ABQ (Kausch et al., 2006).

Tale dato cambia a livello quantitativo se integrato alle informazioni raccolte durante il colloquio clinico, evidenziando una prevalenza di esperienze traumatiche nell'infanzia in 24 pazienti su 38.

Si osserva così, come riferito in letteratura, che per le donne è presente una elevata correlazione tra le esperienze traumatiche (compreso Abuso) e DGA, riportando una percentuale che arriva fino al 56% (Dion et al.,

2015), mentre presso il SerD di Prato tale dato si osserva con una prevalenza del 60%.



Discussione

Da molto tempo la letteratura evidenzia che aver subito esperienze avverse in età infantile ha conseguenze per lo stile di vita e influenza il costituirsi della personalità. In base a queste osservazioni, nel nostro campione è emerso che il numero di traumi subiti nell'infanzia correla con una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni negative (Lane et al., 2016; Valzania 2021).

Come prospettiva futura potrebbe risultare significativo comprendere tale correlazione utilizzando questionari maggiormente specifici con connessi colloqui clinici che aiutano a comprendere meglio l'esperienze vissute.

Limiti

Tali considerazioni devono tenere conto sia del ristretto ambito territoriale su cui lo studio è stato condotto (ovvero un solo Servizio per le dipendenze) sia del

numero ridotto di partecipanti.

Pertanto, seppur i risultati appaiono poco generalizzabili, offrono uno spunto di riflessione sull'importanza di approfondire le varie tematiche relative il DGA, vista la crescente diffusione del fenomeno.

Bibliografia

Caretti V. et al., (2016) *Addictive Behavior Questionnaire (ABQ) Manuale e questionari*. Firenze: Hogrefe editore.

Caretti V. Craparo V.G., (2008) *La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica*.

Caretti V. e Schimmenti A., (2007) *Il fallimento delle relazioni primarie e il trauma evolutivo*. In A. Bifulco e P. Moran (1998-2007), *Il bambino maltrattato. Le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*. Roma, Astrolabio.

Dion J. et al., (2015). *Sexual abuse, residential schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples*. *Child Abuse Negl.* pii: S0145-2134(15)00086-1.

Dion, J., et al., (2010) *An exploration of the connection between child sexual abuse and gambling in Aboriginal communities*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 174-189.

Dinc, M. et al., (2019) *"Incidenza e caratteristiche del trauma psicologico nel disturbo da abuso di alcol e sostanze."* *Addicta-the turkish journal on addictions*,.6, 2, 331-336.

Felitti V.J. e Anda R.F., (2010) *Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria*.

Felitti et al., (1998) *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *AJPM*, P245-258, May.

Gugliandolo et al., (2019) *Parenting invalidante e dipendenze tecnologiche: il ruolo del controllo psicologico genitoriale*. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. 21(3) 55-74.

Kausch O. et al., (2006) *Lifetime histories of trauma among pathological gamblers*. *Am J Addict.* 15:35-43.

Lane W. et al., (2016). *Child maltreatment and problem gambling: A systematic review*. *Child Abuse & Neglect*, 58.

Liotti G. e Farina B., (2011) . Milano: Cortina Editore.

Lotzin A. et al., (2018) *Profiles of childhood adversities in pathological gamblers—A latent class analysis*.

Scherrer et al., (2007) *Association Between Exposure to Childhood and Lifetime Traumatic Events and Lifetime Pathological Gambling in a Twin Cohort* 195(1):72-8.

Schimmenti A. e Bifulco A., (2008). *Quando i genitori mal-*

trattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo. In V. Caretti e G. Capraro (a cura di), Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Astrolabio, Roma.

Schore A. N., (2009a) Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond (pp. 107–141). New York: Routledge.

Spolaor Giampiero (2017) Gioco d'azzardo e Trauma. . .

A., (2021) Il trauma come fattore di rischio nell'insorgenza delle tossicodipendenze <https://www.istitutobeck.com>.

Van der Kolk B.A., (2008) Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti e G. Capraro (a cura di), Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale, pp. 81-93. Roma: Astrolabio.

Van der Kolk B.A., (1996) The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harv Rev Psychiatry, 1(5), 253-265.

7.9

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: NUOVI INGRESSI PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA ALCOLOGIA E NUOVE DIPENDENZE - SEDI DI VIMERCATE E SEREGNO NEL PRIMO SEMESTRE 2023

Bramani Araldi M.*^[1], Monti I.^[1], Pecoraro M.^[1], Almasio R.^[1]

^[1]UO Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno, SC Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Brianza ~ Vimercate (MB) ~ Italy

Sottotitolo: Caratteristiche e possibilità di trattamento dei nuovi ingressi con diagnosi di DGA/Giuoco Azzardo Patologico nel primo semestre del 2023

Testo Abstract

Riassunto

Una indagine condotta dall'Istituto Superiore Sanità nel 2018 ha rivelato che in Italia oltre un terzo della popolazione, corrispondente al 36,4% (circa 18.450.000 individui), ha ammesso di aver praticato il gioco d'azzardo almeno una volta nei dodici mesi precedenti. Tra questi, l'8,3% (circa 1.500.000 persone) è stato identificato come giocatore problematico. Un dato ancora più preoccupante riguarda i minori; il 10,4% degli studenti italiani giocatori tra i 14 e i 17 anni è un giocatore problematico.

Nel 2020 il Ministero della Salute ha rilevato una prevalenza tra la popolazione adulta del Disturbo da Gioco d'Azzardo che varia dall'1 al 3%.

Nelle UO di Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno di ASST Brianza nel primo semestre del 2023 i nuovi ingressi con diagnosi di DGA sono stati 41. Di seguito vengono riportati i dati raccolti, insieme ad alcune riflessioni in merito.

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, classificato nel 2013 dal

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come dipendenza comportamentale. Le persone affette da tale patologia giocano d'azzardo frequentemente e ripetutamente, spinti da una necessità impellente di giocare, difficile da controllare, e hanno un'importante attrazione e concentrazione su idee e immagini relative al giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Questo comportamento arriva a dominare la vita del giocatore e porta ad un deterioramento nella sfera sociale, lavorativa e/o familiare. Secondo il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower (2002) è possibile distinguere tre tipi di giocatori, il primo essenzialmente normale sul piano della struttura di personalità, il secondo con una vulnerabilità psicopatologica soprattutto di tipo affettivo ed esordio tardivo, il terzo con impulsività temperamentale e ad esordio precoce.

Fenomeni di condizionamento operante compaiono a partire da rinforzi positivi (eccitamento, piacere) e negativi (evitamento di stati d'animo disturbanti come rabbia, depressione, ansia). Inoltre, stimoli soggettivi e ambientali vengono associati al gioco attraverso meccanismi di condizionamento classico. Giochi come slot-machine, lotterie istantanee e altri giochi recentemente introdotti nel mercato erogano il monte premi secondo schemi di rinforzo a frequenza intermittente che già Skinner aveva individuato come i più efficaci nel condizionare il comportamento e nel mantenerlo a lungo anche in assenza di successivi rinforzi (Petry, 2005). Distorsioni cognitive vengono indotte dal gioco d'azzardo: illusione di controllo della fortuna, controllo predittivo dell'esito, distorsioni interpretative, le aspettative dal gioco e la percezione di essere incapaci a smettere (Raylu & Oei, 2004; Toneatto, 1999). I pensieri disfunzionali giocano un ruolo significativo nel generare le spinte a tornare a giocare (Beck et al., 1993).

Il gioco continuativo porta come conseguenza il progressivo accumularsi di perdite economiche cui il soggetto tenta di far fronte con la rincorsa delle perdite, tornando a giocare per rifarsi e aciendo così la propria situazione.

Il modello patogenetico considera i meccanismi descritti come fattori necessari e sufficienti alla evoluzione patologica del comportamento di gioco d'azzardo anche in soggetti che presentano una personalità sufficientemente strutturata, relazioni sociali adeguate e non manifestano complicazioni psicopatologiche e temperamentali di rilievo. I giocatori di questo tipo vengono definiti come giocatori condizionati nel comportamento. Sono i più trattabili e con una prognosi migliore. La compliance è buona e spesso si avvantaggiano di prese in carico brevi e trattamenti

non invasivi (Blaszczynski e Nower, 2002). Si tratta di soggetti di entrambi i sessi, di età adulta, i quali possono manifestare disturbi d'ansia, depressione o abuso d'alcool secondari ai problemi azzardo-correlati.

La seconda tipologia di giocatori, ovvero i giocatori emotivamente vulnerabili, trovano nel gioco un potente rinforzo, solitamente negativo per la presenza di una storia infantile di abusi, traumi emotivi, disturbi d'ansia o depressivi primari, psicosi, oppure deficit significativi nelle life skills e nelle abilità di coping, personalità di tipo depressivo, schizoide o evitante. Questi soggetti possono anche manifestare una condizione di abuso primario di alcool o altre sostanze. La condizione psicopatologica condiziona l'evoluzione del disturbo da gioco d'azzardo, la compliance dei soggetti, la prognosi e la risposta ai trattamenti. In questi casi la presa in carico sarà generalmente di durata medio-lunga.

La terza tipologia si caratterizza per la presenza di una personalità antisociale o di un tratto impulsivo accentuato, come nel caso di una storia di ADHD infantile con persistenza di sintomi in età adulta. I giocatori impulsivi antisociali sono quindi soggetti portatori di una vulnerabilità psicobiologia e talora genetica, con disfunzionalità e difficoltà di adattamento in varie aree vitali. Sono frequenti le condizioni di abuso o dipendenza da sostanze, la storia di condotte impulsive o antisociali indipendenti dall'abitudine all'azzardo. Questi soggetti sono spesso single o divorziati, hanno problemi di scarso adattamento sociale e di elevata reattività a frustrazioni e critiche e presentano una storia di problemi scolastici e/o lavorativi. L'inizio del gioco d'azzardo avviene in età adolescenziale e la prevalenza del sesso maschile è netta. La compliance e la prognosi sono scarse. Frequentemente i soggetti con dropout precoci appartengono a questa tipologia di giocatori.

Il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower consente di ipotizzare un inquadramento sin dalle prime fasi della presa in carico presso il servizio e di guidare l'operatore verso il più adeguato approccio terapeutico.

Metodi

Presso l'UO Alcologia e Nuove Dipendenze di Seregno e Vimercate sono state effettuate le azioni previste secondo la vigente procedura per la presa in carico di pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) (PO – 2301).

Tale procedura prevede una valutazione multidisciplinare comprensiva di visita medica, colloqui con psicologo e assistente sociale, somministrazione di questionari (South Oaks Gambling Screen, Canadian Problem Gambling Index). In particolare si effettua una valuta-

zione della gravità dei sintomi, delle criticità/risorse presenti, della motivazione al trattamento e si valuta la presenza di eventuali comorbilità.

Dopo questa prima fase di analisi dei bisogni dell'utente e della sua famiglia si redige un programma terapeutico personalizzato che può comprendere visite mediche, colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia e colloqui di psicoeducazione individuali o con i familiari. L'offerta può prevedere inoltre la partecipazione a gruppi terapeutici condotti da una psicologa. Solitamente si tende a coinvolgere nel programma i familiari, attraverso colloqui di psicoeducazione per gli aspetti di controllo del denaro e per una esplorazione delle dinamiche familiari che hanno accompagnato l'esordio e la strutturazione del disturbo.

Il servizio si avvale del supporto di UdO esterne come la Fondazione San Bernardino Onlus o i gruppi di auto-mutuo-aiuto (Giocatori Anonimi e Gam-Anon).

Quando il gioco d'azzardo assume una forma patologica grave a livello bio-psicosociale tale da non poter essere sostenuto in un contesto ambulatoriale viene proposto un percorso di tipo residenziale.

Risultati

Alle UO di Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno che appartengono all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza afferiscono gli ambiti di Carate Brianza, Seregno e Vimercate che comprendono una popolazione totale di 507.758 abitanti.

Considerata la presenza sul territorio di altri servizi di cura e riabilitazione delle dipendenze, come i Servizi Multidisciplinari Integrati, dal 01/01/2023 al 30/06/2023 si sono registrati presso le UO dell'ASST Brianza 41 nuovi ingressi con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Il 76% degli utenti si è presentato al servizio volontariamente, il 12% su consiglio dei familiari, mentre il restante 12% è stato inviato dal CPS di riferimento. Dei 41 ingressi solo una persona è di sesso femminile e l'età varia dai 21 ai 78 anni.

Per quanto riguarda il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower tale campione è così suddiviso:

- prima tipologia di giocatore n. 23 utenti (56,1%);
- seconda tipologia di giocatore n. 16 utenti (39%);
- terza tipologia di giocatore n. 2 utenti (4,9%).

Discussione

In genere, in base alla esperienza clinica, il trattamento maggiormente efficace è quello integrato, ossia più interventi combinati quali terapia farmacologica, psicoterapia individuale e/o di gruppo, intervento sui familiari, partecipazione a gruppi di auto-mutuo aiuto. Per quanto riguarda la psicoterapia, si evidenzia che i

modelli più utilizzati, sia individualmente che in gruppo, sono di tipo cognitivo-comportamentale o psicodinamico.

Un elemento utile per la pianificazione del programma terapeutico è l'inquadramento del paziente secondo le tipologie proposte da Blaszczynski e Nower.

I giocatori condizionati nel comportamento necessitano prevalentemente di interventi di rinforzo motivazionale, modificazione delle distorsioni cognitive e limitazioni comportamentali all'accesso al denaro realizzabili tramite psicoeducazione individuale e/o con familiare. I trattamenti hanno solitamente una durata breve.

Il programma per gli utenti appartenenti alla seconda tipologia di giocatore comprende, oltre agli interventi sopra descritti, anche un percorso di psicoterapia e un trattamento farmacologico per la gestione della comorbilità psichiatrica e del GAP. Possono inoltre essere utili terapie familiari, programmi di prevenzione delle ricadute o di rinforzo delle life skills, partecipazione a gruppi di autoaiuto.

Per un trattamento efficace dei giocatori di terzo tipo risulta fondamentale impostare una limitazione comportamentale all'accesso al denaro e una terapia farmacologica. Tali utenti possono inoltre beneficiare di psicoeducazione individuale o familiare, gruppi di autoaiuto e programmi di supporto e di reinserimento sociale e lavorativo.

Conclusioni

I nuovi ingressi con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo nelle Unità Operative di Vimercate e Seregno nei primi 6 mesi del 2023 sono stati in media 1,58 a settimana, ovvero 41 persone in 26 settimane. Si sottolinea l'importanza del dato considerato che le richieste di trattamento tra i giocatori patologici sono bassi, inferiori al 10%.

Il 95,1% dei nuovi ingressi è rappresentato dalle prime due tipologie di giocatore teorizzate da Blaszczynski e Nower. I programmi terapeutici proposti prevedono quindi un ruolo centrale per la figura dello psicologo che svolge interventi di psicoeducazione individuale o con familiare, psicoterapia e interventi di gruppo. In alcuni casi si rivela necessario l'intervento del medico per l'impostazione di una terapia farmacologica per la gestione dei sintomi correlati al disturbo. Qualora risulti necessario un accompagnamento ad un reinserimento sociale o lavorativo viene coinvolta la figura dell'assistente sociale.

Il carattere multidisciplinare dell'equipe presente presso l'UO di Alcologia e Nuove Dipendenze consente quindi di offrire agli utenti diverse tipologie di trattamento utili per un percorso di cura efficace.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*.
2. Bellio, G. (2016). *I mille volti del giocatore d'azzardo impulsivo. Dal Fare al Dire*, 3, 5-14.
3. Blaszczynski, A. (2000). *Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies. Journal of Gambling Issues*, 1.
4. Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). *A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. Addiction*, 97:487-499.
5. Delfabbro, P.H. (2014). *Behavioral Risk Factors in Disordered Gambling and Treatment Implications. In D.C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds), The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling, John Wiley & Sons, Chichester, UK.*
6. Dow Schüll, N. (2014), *Architetture dell'azzardo. Ed. Ital. Luca Sossella Editore, 2015, Bologna.*
7. Leonard, C.A., & Williams, R.J. (2016). *The relationship between gambling fallacies and problem gambling. Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 694-704.
8. MacCallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R. & Nower, L. (2007). *Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. Personality and Individual Differences*, 43, 1829-1838.

7.10

“IL TEMPO È DENARO” - PROGETTO DI LIMITAZIONE DEI RISCHI E DI RIDUZIONE DEL DANNO NEI CONTESTI DI GIOCO IN DENARO

Spagnolo M.L.*^[1], Monte L.^[1], Camoletto L.^[2]

^[1]Regione Piemonte ASL TO3 - Dipartimento “Patologia delle dipendenze” ~ Collegno (TO) ~ Italy,

^[2]Cooperativa Sociale ALICE onlus ~ Alba (CN) ~ Italy

Sottotitolo: “Il tempo è denaro” è un progetto regionale di limitazione dei rischi e di riduzione del danno nei contesti di gioco in denaro, realizzato nell’ambito del Piano per il contrasto al gioco patologico della Regione Piemonte.

Testo Abstract

“Il tempo è denaro” è un progetto regionale di limitazione dei rischi e di riduzione del danno nei contesti di gioco in denaro, realizzato nell’ambito del Piano per il contrasto al gioco patologico della Regione Piemonte, la cui esecuzione è stata affidata al Dipartimento “Patologia delle dipendenze” dell’ASL TO3 in collaborazione con la Cooperativa Sociale ALICE onlus di Alba (CN).

Sulla base di quanto già sperimentato in altri ambiti e altre dipendenze il progetto adotta una metodologia basata su meccanismi contingency management (contrattazione delle eventualità) attraverso la presenza di operatori adeguatamente formati e di una postazione mobile attrezzata ad “ambulatorio educativo” collocata in contesti di vendita di prodotti di gioco in denaro. Il progetto, avviato a luglio 2021, ha previsto l’acquisto di 2 unità mobili con una funzione di ambulatorio itinerante; i mezzi sono stati allestiti graficamente in modo da risultare non solo molto “identificabili” nei luoghi presso cui operano, ma anche per svolgere una funzione comunicativa indiretta durante la circolazione stessa del mezzo.

L’attività dell’unità mobile “il tempo è denaro” si configura come intervento di prossimità, fuori dei contesti formali deputati alla cura, laddove il problema si manifesta ed il comportamento disfunzionale viene agito, al fine di cogliere sul nascere gli elementi di dissonanza cognitiva necessari per la costruzione di una moti-

vazione al cambiamento.

Gli interventi rivolti ai giocatori – secondo il modello di contrattazione delle eventualità - offrono la possibilità di essere supportati a definire e rispettare il proprio proposito di giocare per il tempo ed il denaro definito a priori, in cambio di benefit concreti ad alto contenuto simbolico (alimenti base o per “pasti speciali”, ticket per spettacoli da usufruire con la famiglia, buoni acquisto in ambito sportivo o culturale e così via).

Obiettivi del progetto

- Limitazione del rischio e riduzione del danno nei soggetti che afferiscono ai maggiori locali di gioco in denaro.
- Aumento delle capacità di autocontrollo rispetto al tempo dedicato e del denaro giocato da parte dei soggetti che frequentano i luoghi di gioco d’azzardo.
- Promuovere nei soggetti che frequentano i luoghi di gioco d’azzardo dei processi di cambiamento e impegno per accrescere la propria consapevolezza e la capacità di autoanalisi.
- Promuovere azioni di gioco responsabile.
- Favorire l’accesso al Servizio per la cura e il trattamento da disturbo da gioco.

Ambiti di intervento

L’attività degli operatori si configura come un intervento di prossimità che prevede non solo attività di informazione ma anche interventi di contingency management orientati a promuovere una partecipazione attiva del giocatore nel percorso di crescita della consapevolezza della propria modalità di gioco e della motivazione ad acquisire strumenti per la gestione del comportamento.

Le azioni sono orientate:

1. Fornire informazioni accurate e accessibili sui rischi associati al gioco d’azzardo praticato.
2. Promuovere l’autocontrollo attraverso la definizione concordata di limiti di spesa e di tempo scelti dal giocatore secondo l’approccio del contingency management.
3. Proporre ai giocatori modalità di autoesclusione volontaria da determinati luoghi di gioco o piattaforme online.
4. Interventi di counselling motivazionale.
5. Offrire consulenze di orientamento giuridico e fiscale per giocatori con situazioni debitorie complesse (in collaborazione con il progetto regionale Sgarbuglio).

Territori coinvolti

Le aree del Piemonte attualmente coinvolte nel progetto sono il territorio dell’ASL TO3 (cintura ovest di Torino con territorio misto urbano e montano) e ASL

NO (Quadrante Nord Piemonte).

Fasi di realizzazione del progetto

L'avvio del progetto, ha previsto una fase iniziale di mappatura dei luoghi di gioco nei territori di competenza cui è seguita una fase di osservazione, scegliendo preferibilmente sale slot e centri per le scommesse sportive dove si registravano maggiori incassi nel periodo ante covid, attraverso l'analisi dei dati di frequenza indicati dai servizi Google per ogni esercizio. L'analisi di quanto emerso ha orientato nella scelta dei luoghi in cui realizzare le postazioni dell'unità mobile, privilegiando non solo criteri di maggior affluenza ma anche di diversificazione nei territori.

Successivamente all'individuazione delle sale è stato necessario lavorare alla costruzione di una rete istituzionale a sostegno dell'intervento da parte delle amministrazioni locali. Sono stati incontrati Sindaci, Amministratori e Polizie Municipali per condividere obiettivi e modalità di realizzazione dell'intervento, convocare e incontrare congiuntamente i titolari degli esercizi commerciali destinatari dell'intervento, ottenere supporto logistico dell'amministrazione per la collocazione del camper su suolo pubblico in modo da avere garanzia della periodica disponibilità della postazione in luoghi spesso ad alta densità di frequenza.

È stato fondamentale, attraverso momenti strutturati ad hoc con i gestori delle sale, tabaccaia ed esercenti, condividere gli obiettivi comuni dell'intervento, partendo dall'assunto che una modalità di gioco controllato rappresenti in termini di salute, consumo e ordine pubblico, un obiettivo comune.

Questo processo partecipato è stato nella maggior parte dei casi proficuo ed ha portato ad una collaborazione attiva poiché i gestori hanno compreso che l'attività degli operatori non rappresentava un ostacolo alle attività di vendita di gioco d'azzardo in denaro bensì un valore aggiunto alla propria attività commerciale.

In casi più rari non ha determinato invece una reale collaborazione quanto una rassegnata accettazione e in rarissimi casi è stato invece necessario rinunciare alla postazione, in seguito a manifestazioni di ostilità. L'area condivisa dell'intervento è rappresentata simbolicamente dalla "soglia" della sala/esercizio commerciale che il paziente attraversa quando "agisce" il comportamento di gioco, in un'accezione fisica e metaforica che la colloca "non dentro" e "non fuori" definendo implicitamente i diversi ruoli.

Policy future

Alla luce dell'esperienza maturata finora sul campo e dei risultati preliminari della ricerca condotta da IRES Piemonte (Istituto di Ricerche Economiche Sociali del

Piemonte) sono state delineate alcune aree di sviluppo:

- Rafforzare la comunicazione sui social
- Aumentare l'integrazione con altri progetti e servizi regionali
- Modulare il numero e la durata delle postazioni in funzione del tipo di contesto di gioco e del risultato desiderato
- Esplorare altri luoghi di gioco



7.11

“S-MUOVERSI” DONNE - MOVIMENTO E TERRITORIO. VIAGGIO NELL'ARMONIA DEGLI ELEMENTI TERRA/ACQUA/FUOCO/ ARIA

Vidal Tagliapietra M.*^[1], Seno L.^[1], Tono A.^[1],
Ajani E.^[2], Rudatis A.^[2], Margutti E.^[1]

^[1]UOS Ser.D. Azienda Ulss3 Serenissima Venezia-
Chioggia ~ Venezia ~ Italy,

^[2]Consulente esterno Progetto “Chiama & Vinci”
Azienda Ulss3 Serenissima ~ Venezia ~ Italy

Sottotitolo: COSTRUIRE SPAZI CONDIVISI

L'atelier espressivo corporeo “S-muoversi” è un programma che esplora l'Armonia dei quattro elementi attraverso il movimento del corpo con l'obiettivo di riattivare la socializzazione e le relazioni tra le pazienti dei Servizi per le Dipendenze¹ che hanno affrontato il periodo della pandemia.

Testo Abstract

Introduzione

Il presente Progetto in collaborazione con la dr.ssa Elena Ajani¹, ha attivato uno spazio di creatività espressivo - motorio, mediante l'ausilio delle tecniche del Teatro - Danza, che vede le sue radici nel Tanztheater di Pina Bausch², e della Danza Movimento Terapia, con particolare riferimento ai principi dell'Analisi del Movimento di Rudolf Laban³ - formulati in collaborazione con Irmgard Bartenieff⁴.

Ajani, afferma come la danza abbia in sé una forza rigeneratrice e trasformativa che potenzia gli aspetti creativi, le attitudini individuali e le capacità espressive libere, in un contesto di educazione alla crescita mirata a migliorare la qualità della vita⁵.

Un'occasione per generare comunicazione, incontro, relazione, narrazione e dialogo: la danza ne è espressione amplificata, può essere ovunque e in ognuno, succedere in ogni momento.

Il gesto e il corpo sono strumenti per comunicare se stessi⁶, per plasmare narrazioni fisiche che restino fedeli a ciò che sentiamo⁷, a ciò che muove corpo e anima: il corpo comunica e non mente⁸.

Si convalida la tesi secondo cui la danza, disciplina completa, produce numerosi effetti benefici, sia sul versante fisico che su quello psicologico.

Con il movimento, infatti, si favorisce la produzione di endorfine⁹, efficaci antidoti per combattere stress, ansia e depressione, aumentando l'autostima e la propria sicurezza: ad ogni nuovo passo imparato se ne scopre di poterne fare altri.

Target

Un focus particolare è stato rivolto dunque a quelle donne che in seguito ad un disturbo legato all'uso di sostanze psicotrope, alcol e disturbo da gioco d'azzardo, subiscono uno stigma interno che si esprime attraverso condizioni di isolamento ed impoverimento della loro rete affettiva, amicale o familiare e per questo bisognose di un intervento mirato e supportivo. Ci si è concentrati quindi, come équipe di lavoro operativa e di co-progettazione, nel cercare di predisporre una strategia di prevenzione e gestione dall'isolamento sociale sul territorio delle pazienti donne con dipendenza.

L'attività “S-Muoversi” si situa all'interno del progetto “Chiama & Vinci” per il contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo, 10.

Questo progetto si occupa principalmente di attuare attività di contrasto al Gioco d'Azzardo ma, nel tempo, ha promosso anche tavoli di lavoro trasversali, coinvolgendo altre realtà nel campo della prevenzione e della cura delle dipendenze: si è ritenuto importante estenderla alle donne che soffrono del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e dal Disturbo da Uso di Alcol (DUA).

S-Muoversi, quindi, nasce da varie esperienze e progettualità e, nello specifico, si è esteso trasversalmente alle varie sedi dei diversi servizi dipartimentali con competenze differenti e complementari, coinvolgendo operatori delle varie sedi SerD ULSS 3 Serenissima e personale consulente del citato Progetto “Chiama & Vinci”.

L'attività grupale è stata rivolta ad un target di 12 pazienti in carico al Servizio per le Dipendenze di Venezia, condotta in collaborazione con una consulente esterna, specializzata nel campo del Teatro Danza e Movimento Terapia, che ha ritenuto fondamentale includere nel gruppo: due Educatori Professionali, una psicologa psicoterapeuta e un collaboratore fotografo¹¹.

Metodi

L'atelier “S-Muoversi” è strutturato in cinque moduli settimanali, ognuno di un'ora e mezza per un totale di 15 ore. Si crea uno spazio di pratica ed espressione

dove le partecipanti possono sperimentare un approccio creativo attraverso il movimento e la danza. Ogni incontro è suddiviso in due parti interconnesse: Nella prima parte, si inizia con un riscaldamento corporeo che combina diverse tecniche come yoga, stretching, danza e teatro/danza. La musica accompagna gli esercizi, favorendo l'ascolto interiore ed esteriore. Si presta attenzione al respiro, fonte di energia. Gli esercizi sono adattati alle capacità individuali.

La seconda parte è dedicata all'esperienza diretta delle partecipanti. Vengono incoraggiate a scoprire e sperimentare i quattro elementi naturali (terra, aria, fuoco, acqua) come generatori di armonia. Sono proposti esercizi di composizione per creare movimenti e gesti personali, senza imposizioni, solo con guida nel metodo. L'obiettivo è sviluppare un linguaggio di movimenti e sequenze danzate che esprima autenticamente le partecipanti e favorisca una comunicazione sincera, oltre l'aspetto estetico. Attraverso questo dialogo fra gli elementi, le partecipanti raccontano la loro narrazione e generano armonia. L'atelier si svolge in un ambiente senza giudizio, dove la spontaneità, l'energia e la libera espressione sono incoraggiate, evidenziando che: se un gesto è fatto davvero allora è vero.

Struttura del Modulo

Il progetto ha coinvolto un incontro preliminare di presentazione e raccolta di adesioni in uno spazio esterno al Servizio. Le giornate successive sono state organizzate in moduli, ciascuno dedicato ad un elemento naturale (Aria, Terra, Acqua, Fuoco, Armonia), con sequenze di riscaldamento guidate e laboratori creativi in movimento. Le partecipanti hanno esplorato e composto movimenti legati agli elementi.

L'esperienza è stata documentata con materiali audio/video e fotografici, seguendo l'approccio della scuola francese di fotografia, che cattura l'essenza umana e le emozioni. Le immagini sono servite come archivio e sintesi del percorso, incoraggiando lo scambio e il supporto reciproco.

A fine corso si è realizzata una Mostra Fotografica Collettiva quale testimonianza dell'esperienza di atelier grazie al lavoro comune di selezione delle foto scattate.

L'obiettivo è stato promuovere l'espressione e l'integrazione tra i partecipanti attraverso l'arte. La mostra fotografica collettiva è stata un modo per continuare il processo terapeutico, influenzando positivamente la qualità della vita e contrastando lo stigma legato alle dipendenze. La mostra si è svolta presso Palazzo Nani Bernardo, di epoca cinquecentesca, a Venezia, consentendo di coinvolgere la comunità e sensibilizzare su queste tematiche. L'evento ha dimostrato come le atti-

vità artistiche possano migliorare la vita delle persone e modificare le percezioni sociali, come si evince dalle testimonianze riportate in seguito.

Alcuni momenti dell'attività:

foto n. 1 – *Elemento Terra*



foto n. 2 – *Elemento Fuoco*



foto n. 3 – *Inaugurazione Mostra Fotografica Collettiva*



Riteniamo che l'opera condivisa, attraverso la realizzazione di questo evento, abbia un immenso valore: il processo terapeutico non finisce con la realizzazione dell'esperienza in sé, ma gli aspetti artistici ed emozionali possono continuare a cambiare se stessi, l'ambiente e donare una ritrovata vitalità in chi ne partecipa attivamente nella proposta e attivamente nella ricezione.

Si è cercato di incidere sullo stigma legato alle dipendenze, ovvero sulle rappresentazioni sociali negative che si riflettono sulla stima di sé, favorendo esperienze di connessione come prevenzione all'isolamento.

Obiettivi e risultati

L'attività laboratoriale "S-Muoversi" ha come obiettivo principale il miglioramento del benessere psico-fisico delle partecipanti.

Nello specifico dei vari obiettivi si è cercato di:

- Offrire spazi di socializzazione
- Mettere l'individuo al centro, incoraggiando l'espressione personale
- Favorire la consapevolezza nelle partecipanti ai fini di valorizzare le loro risorse e potenzialità
 - Coinvolgere l'intera équipe multi-professionale nella condivisione del progetto e dei suoi esiti
- Offrire un supporto continuativo e specifico al processo terapeutico
- Stimolare la relazione fra gli individui e il territorio, coinvolgendo associazioni e realtà del tempo libero
- Costruire una rete di protezione e supporto contro l'isolamento sociale, coinvolgendo associazioni, fondazioni e dispositivi del Progetto "Chiama & Vinci"
- Contrastare lo stigma sociale associato alle Dipendenze.

Il progetto "S-Muoversi" si è integrato con altre esperienze complementari volte al benessere, come il Progetto Trekking Urbano, che coniuga movimento, stimoli di carattere culturale e civico, riflessioni esistenziali e condivisione in gruppo.

Queste attività si sono svolte nel periodo da febbraio a marzo 2023 e hanno promosso la conoscenza del patrimonio storico-culturale di Venezia contribuendo al piacere di vivere e alla scoperta del territorio.

Conclusioni

Sono state utilizzate valutazioni oggettive per analizzare eventuali cambiamenti derivanti dalla partecipazione al gruppo "S-Muoversi". Il test CBA (Cognitive Behavioural Assessment) è stato somministrato sia prima che dopo il percorso. Questo strumento misura e valuta la percezione di benessere e cambiamento nei partecipanti nel corso del tempo.

I risultati sono stati riportati in tre grafici:

- Grafico 01: Rappresenta la percezione di benessere (media individuale pre 20,16 e DS 9,36; media individuale post 21 e DS 7,64). Si nota un aumento dell'indice di benessere dopo l'esperienza del progetto "S-Muoversi".
- Grafico 02: Rappresenta la percezione di cambiamen-

to, (media individuale pre 22,83 e DS 5,67; media individuale post 24 e DS 6,38). L'incremento dei valori indica un aumento dell'autostima e della fiducia personale, segnalando una visione positiva di un possibile futuro migliore.

- Grafico 03: Rappresenta la media totale e conferma i risultati degli altri due grafici, (media individuale pre 32,25 e DS 23,51; media individuale post 33,75 e DS 23,89). La differenza tra le misurazioni pre e post esperienza evidenzia il cambiamento di percezione delle aree misurate.

I risultati quantitativi sottolineano l'efficacia del progetto nel migliorare la percezione di benessere e la fiducia individuale. Questi dati quantitativi riflettono anche i valori qualitativi del progetto, dimostrando come l'esperienza "S-Muoversi" abbia influenzato positivamente i partecipanti.

Di seguito alcune testimonianze delle partecipanti tratte dal Guest Book esposto durante la mostra collettiva:

Lorenza: "Questo ci dice come la danza, arte espressiva del corpo, può farci entrare in noi stesse e salvarci!"
Emma: "Uno sguardo inedito, un nuovo modo di vivere il corpo e dare corpo alle emozioni".

Sonia: "Grazie al Progetto per aver ideato e reso possibile questa esperienza, fatta di sinergia e immaginazione. Un percorso meraviglioso nella semplicità che mi ha fatto sentire libera". Complimenti infine per la scelta della location della Mostra: un'oasi di pace, profumi e colori. Spero ci sarà un seguito...".

Le proposte creative del progetto hanno avuto l'obiettivo di facilitare la comunicazione e l'espressione individuale, creando un ambiente dove nessuno si senta giudicato. Questo ha favorito una condivisione tra le partecipanti, anche grazie alla loro diversità.

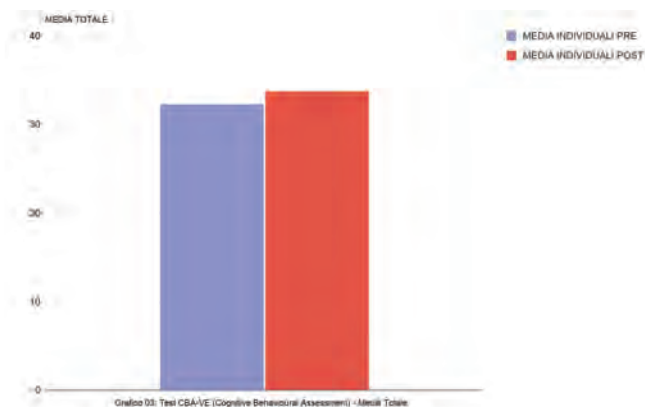
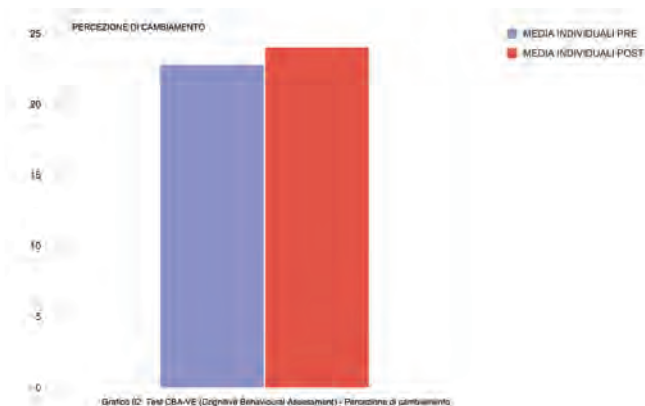
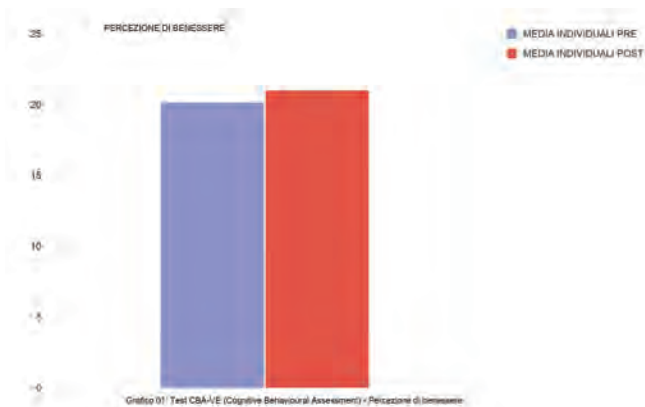
L'interazione tra diverse arti e competenze ha arricchito il percorso, consentendo una visione multidisciplinare che ha valorizzato ciascuna persona. L'attenzione al gesto come forma di comunicazione ha permesso di trasformare gesti semplici in danza autentica, senza la necessità di una struttura estetica.

La risposta positiva delle partecipanti ai movimenti proposti ha incoraggiato il superamento di limiti fisici e relazionali, allontanando il timore del giudizio di esclusione.

La pandemia ha accentuato le difficoltà comunicative e relazionali, aumentando l'isolamento, specialmente per chi già faticava a socializzare. L'attività ha contribuito a rigenerare i sensi e la mente, prevenendo la solitudine e l'esclusione.

La stimolazione sensoriale attraverso l'esperienza corporea consente di entrare in contatto con sé stessi e con il mondo esterno, potenziando lo sviluppo psico-

motorio e cognitivo in linea con le nuove prospettive terapeutiche e riabilitative denominate Bottom Up. Auspichiamo che l'esperienza possa diventare un'attività strutturata all'interno del servizio, passando dalla fase sperimentale a una pratica consolidata.



Bibliografia

- Ando Gilardi, *Storia sociale della fotografia*, Pearson Italia Spa, 2000
- Angela Madasani, *Storia della fotografia*, Italia, Mondadori, 2008

- Bachelard, G. *La poetica dello spazio*, Bari, Edizioni Dedalo, 2006
- Bachelard, G. *La psicoanalisi del fuoco*, Bari, Edizioni Dedalo, 2009
- Bartenieff I. *Body Movement: Coping with the Environment*, Gordon and Breach Science Publishers, 1980
- Bonifacio, G., *L'arte de' Cenni*, Vicenza, 1616
- Cartier-Bresson, H., *Henri Cartier-Bresson*, Roma, Contrasto Books, 2004
- *Choreutics*, London: MacDonald&Evans, 1966
- *Coreographie: Erstes Heft*, Jena: Diederichs, 1926
- *Der moderne Ausdruckstanz in der Erziehung*, Noetzel, Florian, 2003
- *Die Welt des Tanzers. Fünf Gedankenreigen*, Stuttgart: Seifert, 1920
- *Ein Leben für den Tanz*, Reissner: Dresden, 1935
- Franco, S., *Armonia in movimento. La genesi della danza libera di Rudolf Laban e le teorie musicali e pittoriche del suo tempo*, in CoSMo - Comparative Studies in Modernism, 2020
- Franko, M. *Dance as Text. Ideologies of the Baroque Body*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993
- Graham M., *Blood Memory*, Doubleday, New York City, 1991. Traduzione di Fedegari A., *Memoria di sangue*, Garzanti, Milano, 1992
- Goldfarb A.H., Jamurtas A.Z. *Betaendorphin response to exercise. An update. Sports Medicine*, 1997
- Gualardi F., *Affetti, passioni, vizi e virtù. La retorica del gesto nel teatro del '600*, Peri Editore, Milano, 2001
- Hackney P., *Making Connections: Total Body Integration Through Bartenieff Fundamentals*, Routledge, 2000
- Laban, R. *L'arte del movimento*, Ephemera, 1999
- Maletic, V. *Body -Space -Expression: The Development of Rudolf Laban's Movement and Dance Concepts*, edizione italiana a cura di Falcone F., 2011
- Marion M., *Pina Bausch: Dance, Dance, Dance, Otherwise we are lost*, Oberon Book Ltd, 2017
- Michael Freeman. *L'occhio del fotografo: la composizione nella fotografia digitale*, Logos, 2009
- Michelin P, et al., "Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici", *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 30, A98-A104, 2008
- Murray A., Cardinale M. *Cold applications for recovery in adolescent athletes: A systematic review and meta analysis. Extreme Physiology & Medicine*, 2015
- Newlove J., Dalby J., *Laban per tutti. La teoria del movimento di Rudolf Laban. Un manuale*. Audino, 2018
- Peri, C. *Meditazioni sui colori*, Milano, Anima Edizioni, 2014
- Pontremoli, A. *Danzare l'armonia. L'incontro tra musica e danza nelle corti italiane del XV secolo*, in CoSMo-Comparative Studies in Modernism, 2020
- Roland Barthes, e Renzo Guidieri. *La camera chiara: nota sulla fotografia*, Torino, Italia: Einaudi, 1980
- Rudolf Laban. *Corpo Spazio Espressione*, L'Espos, Palermo, 2011
- Sanavio E., (Edd.), "Le scale CBA", Milano, Raffaello Cortina, 2002
- Shoop T., *Komm Und Tanz Mit Mir*, Pelikan, 2007
- *Storia della danza. Dal Medioevo ai giorni nostri*, Le lettere, Firenze, 2002
- *The Best of Doisneau: Paris*. Stati Uniti, Flammarion, 2014

7.12

L'EFFICACIA DELLA GESTIONE CONTROLLATA DEL DENARO E DELLA CONSULENZA LEGALE E FINANZIARIA ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Ammesso S.A.*^[1], Arcidiacono E.S.^[1], Anastasi M.S.^[2], Calcagno M.^[1], Durbano F.^[1]

^[1]Asst Melegnano e della Martesana, U.O. Alcologia e comportamenti di Addiction ~ Gorgonzola ~ Italy,

^[2]Associazione Consumatori e Famiglie aps ~ Milano ~ Italy

Sottotitolo: Analisi della relazione tra utenza con DGA in carico al Servizio presso l'U.O. di Alcologia e comportamenti di Addiction di Gorgonzola (MI), gestione controllata del denaro e fruizione dello sportello di consulenza legale - finanziaria in convenzione con ASSOCONFAM nell'ambito del Progetto Innovativo GAP di Regione Lombardia.

Testo Abstract

Negli ultimi tempi l'estensione del fenomeno del gioco d'azzardo e la sua visibilità sociale hanno raggiunto proporzioni ingenti. Contemporaneamente, la quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V, 2014)¹, introducendo il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) all'interno della categoria dipendenze comportamentali, ha consentito di cogliere meglio la complessità e multidimensionalità del disturbo, evidenziando altresì come stia diventando un problema di salute pubblica (Pacifici et al, 2019)². I risvolti sociali e sanitari di questo fenomeno sono tali da indurre i Servizi del Sistema Sanitario dedicati alla cura di pazienti con altre dipendenze a predisporre attività e risorse finalizzate all'assistenza delle persone che soffrono dei disturbi associati al comportamento da gioco d'azzardo (ISS, 2017)³. Tuttavia, questo tipo di dipendenza a differenza di quella da consumo di sostanze, risulta specifica in termini tassonomici dei danni che vengono prodotti dal Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) non solo per i giocatori ma anche per i famigliari, motivo per il quale è

necessaria una presa in carico giuridica ed economica precoce (Capitanucci, 2023). In particolare, l'aspetto economico risulta essere gravemente compromesso dal gioco patologico: un'indagine promossa dall'Istituto di Superiore di Sanità (ISS) mostra come i debiti rappresentino la motivazione più frequente, seconda solo alla pressione dei famigliari, per rivolgersi ad un servizio specialistico (ISS, 2017)³.

L'intervento economico e finanziario è dunque un punto focale nel trattamento e pertanto diventa sempre più evidente la necessità di utilizzare specifiche strategie sia per indagare la situazione finanziaria sia per un intervento sul debito. La disposizione della messa in sicurezza dei beni personali e famigliari diventa uno dei primi interventi da effettuare, sia a tutela dell'utente stesso, sia a tutela del famigliare, affinché diminuiscano i livelli di stress e di conflitto, rendendo così la situazione famigliare una risorsa all'interno del percorso (Fiorin, 2015).

Con il DRG n XI/585 del 01/10/2018 Regione Lombardia ha approvato il programma per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico definendo che ciascuna Agenzia di Tutela della Salute (ATS) predisponga il proprio Piano Locale GAP in sinergia e collaborazione con il territorio. In questo contesto, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (Asst) di Melegnano e della Martesana ha previsto l'acquisizione di consulenze specialistiche esterne da offrire al paziente e ai famigliari per facilitare la risoluzione delle problematiche legali e finanziarie spesso correlate alla condotta del giocatore con disturbo da gioco patologico. A tal fine ha redatto una convenzione con l'Associazione Consumatori e Famiglie aps - provincia di Milano/ Area Metropolitana di Milano (ASSOCONFAM) con lo scopo di promuovere attività di supporto legale per la prevenzione e gestione di situazioni di sovraindebitamento causato dal DGA. Nello specifico, sono state previste le seguenti attività di supporto legale: consulenza/informazione rispetto alla prevenzione e gestione delle situazioni debitorie, assistenza nella richiesta di amministrazione di sostegno e orientamento stragiudiziale.

Metodo

Si è condotto uno studio osservativo sulla relazione tra numerosità del campione di utenti che afferiscono al Servizio, gestione controllata delle finanze e fruizione dello sportello di consulenza legale e finanziaria attivato in data 01/01/2021 tramite convenzione tra ASST Melegnano e della Martesana e ASSOCONFAM, presso la Casa di Comunità di Gorgonzola (Mi), sede della Unità Operativa (U.O.) Alcologia e Comportamenti di Addiction dell'area Nord Martesana.

Popolazione e setting

Gli utenti afferenti al Servizio Progetto Innovativo Gap dell'ambulatorio di Gorgonzola dal 01/01/2021 al 30/07/2023 sono stati 72. Dalla popolazione iniziale sono stati selezionati coloro i quali sono stati diagnosticati e presi in carico per il trattamento del DGA. Tale diagnosi è stata posta secondo i criteri diagnostici del DSM V, dopo una valutazione multidisciplinare, attraverso colloqui e questionari. Il campione di riferimento, dunque, si è ridotto a 54 soggetti, di cui 45 (83.3%) maschi e 9 (16.7%) femmine. L'età, al momento del colloquio di accoglienza, varia dai 24 ai 83 anni, con una media di 49.5 anni ed è distribuita come appare in tabella n. 1.

Si osserva come con l'accrescere dell'età aumenti la numerosità delle pazienti donne, mentre diminuisca quella dei pazienti maschi: tale trend richiama l'effetto telescopio, studiato da Grant e collaboratori, per cui le donne iniziano la loro carriera di gioco più tardivamente rispetto agli uomini, sviluppando però in tempi più brevi una maggiore gravità di disturbo (Grant et al., 2012).

Risultati

Hanno usufruito della convenzione, attraverso una consulenza legale con l'Avvocato di ASSOCONFAM, 16 persone, circa il 30% dell'utenza in carico, così ripartiti: più della metà delle donne in trattamento (5 su 9), ma solo il 24.4% degli uomini (11 su 45). La richiesta ha riguardato prevalentemente la gestione del patrimonio (43.75%), seguita dalla prevenzione e gestione dei debiti (31.25%). Infine, l'assistenza per la richiesta di amministrazione di sostegno e orientamento stragiudiziale si pongono al 12,5% ciascuna. Dunque, il 75% degli interventi giuridico-legale ha riguardato l'ambito economico, in particolar modo la consulenza e il sostegno per ciò che concerne la contabilità familiare.

Infatti i dati mostrano che il 68.5% dell'intera utenza ha optato per la gestione delle finanze delegata ad altra persona, mentre solo il 31.5% gestisce autonomamente il denaro proprio o familiare. Emerge una maggiore fiducia da parte delle donne verso questa forma di delega: il 77,8% (7 su 9) del campione femminile demanda l'amministrazione, al contrario della popolazione maschile che appare più restia (66,7%, 30 su 45).

La gestione controllata delle finanze risulta essere un fattore predittivo della compliance al trattamento: tra coloro che hanno preferito continuare una gestione indipendente del proprio denaro, il 70% non ha portato a termine il percorso terapeutico, interrompendo i rapporti con il Servizio prima della conclusione del

programma. Al contrario, per coloro che scelgono di affidare il controllo del denaro a terzi il drop out risulta essere molto basso: l'8%, versus il 92% che è tuttora in carico o ha concluso il trattamento raggiungendo gli obiettivi concordati. I dati mostrati in tabella n.2, elaborati statisticamente attraverso il chi test, evidenziano una significatività alta ($\alpha < 0.005$) nella relazione positiva tra la gestione controllata e la possibilità di rimanere in trattamento o concluderlo efficacemente.

Tra i giocatori con le finanze controllate, una minima parte (il 5,4%), interamente femminile, usufruisce dello strumento di Amministrazione di Sostegno.

Anche questo dato, coerentemente con quello precedente sull'affidamento a terzi, mostra la diffidenza del genere maschile alla delega delle finanze e alla condivisione con la famiglia della problematica del gioco d'azzardo e delle conseguenze che ne derivano.

Se si considera quali siano le figure terze a cui i pazienti si affidano, emerge che quasi la totalità del campione, il 94,6%, decide di dare la delega al familiare più vicino: 45,7% al coniuge, 25,7% al genitore (tale porzione è coperta solo da genere maschile), 17,2% al figlio, 11,4% al fratello/sorella. Quando non c'è la possibilità di coinvolgere un congiunto, ci si rivolge ad amici o, in caso di Amministrazione di Sostegno, ad un avvocato nominato dal tribunale.

Conclusioni

Nella programmazione di un trattamento, si è visto quanto sia fondamentale prevedere uno spazio per il counselling finanziario, perchè questa modalità di procedere influisce positivamente nel lavoro sulla motivazione al cambiamento (Fiorin A, 2014)⁵. Come dimostra lo studio epidemiologico del Centro Nazionale Dipendenze dell'ISS, limitare l'utilizzo del budget mensile che il giocatore gestisce personalmente riduce il comportamento problematico di gioco (Pacifci R, 2019)², mentre l'incapacità nella gestione del denaro lo rinforza. I risultati di questo studio, pur condotto su un campione di ampiezza esigua, sembrano confermare il trend evidenziato dalla letteratura. La gestione controllata del denaro è dunque un elemento fondamentale della cura del gioco d'azzardo patologico perchè finalizzata alla riacquisizione da parte del giocatore del senso e del valore effettivo del denaro e quindi alla riacquisizione di capacità di gestione autonoma e adeguatamente programmata nel medio periodo (Jarre, 2018)⁷. Va quindi considerata non solo come una "limitazione" che favorisce il disinnescamento del craving e protegge il giocatore e la sua famiglia dai danni del gioco patologico, ma anche come una possibilità di riattivare capacità già possedute di monitoraggio e program-

Age Group	Totale	Maschi	Femmine
18-29 (%)	6 (11.1)	6 (100)	0 (0)
30-39 (%)	10 (18.5)	10 (100)	0 (0)
40-49 (%)	15 (27.8)	11 (73.3)	4 (26.7)
50-59 (%)	12 (22.2)	11 (91.7)	1 (8.3)
60-69 (%)	6 (11.1)	6 (100)	0 (0)
>70 (%)	5 (9.3)	1 (20.0)	4 (80.0)
Totale (%)	54 (100)	45 (83.3)	9 (16.7)
Età media (%)	49.5	38.0	59.3

Tabella 1: distribuzione dell'età dei partecipanti alla ricerca

	Gestione Controllata SI	Gestione Controllata NO	Tot
Trattamento in corso o concluso	35	6	41
Drop out	2	11	13
Tot	37	17	54

Tabella 2: Distribuzione della popolazione in base alla gestione controllata del denaro e dell'esito del trattamento

mazione delle spese. La possibilità di disporre di consulenze professionali da parte di ASSOCONFAM ha permesso, a nostro giudizio, di "tarare" meglio questo strumento di cura sulle singole situazioni e quindi ha contribuito alla personalizzazione degli interventi. Pur tenendo in considerazione l'esiguità del nostro campione, il nostro studio sembra inoltre mettere in evidenza l'esigenza di tenere conto della peculiarità delle carriere di gioco delle donne e dei diversi bisogni di protezione e cura che le donne sembrano portare. Nel nostro campione infatti le donne sembrano più disponibili a utilizzare la gestione controllata di denaro come strumento di cura ed anche più disponibili a ricorrere all'amministrazione di sostegno. Nell'ottica di una personalizzazione degli interventi, è importante sottolineare la diversità di approccio al gioco, ma anche agli strumenti di cura, da parte delle donne, dal momento che in letteratura è stato evidenziato come il gioco d'azzardo sia considerato da sempre un'attività maschile e come tale "pregiudizio" costituisca un "gender bias" (Holdsworth, Hing & Breen, 2012).

Bibliografia

¹ AA. VV. "DSM-V, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)" (2014). Milano: Raffaello Cortina Editore

² Pacifici R, Mastrobattista L, Minutillo A, Mortali C (Ed.). "Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato" Roma: Istituto Superiore di Sanit ; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/28)

³ AA. VV. "Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo" Roma: Istituto Superiore di Sanit ; 2017

⁴ Capitanucci D, De Micco A.S. "La gestione degli aspetti legali nel Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)" Webinar 25.05.2023

⁵ Fiorin A, Fraccaro S, Giacomazzi S. "Gioco d'Azzardo. Guida pratica di intervento – Counselling Finanziario" Castelfranco Veneto; 2015

⁶ Grant J.E., Odlaug B.L., & Mooney M.E. (2012). "Telescoping phenomenon in pathological gambling: Association with gender and comorbidities." *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(11), 996. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182718a4d

⁷ Jarre P. "Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo" I Convegno Nazionale "Il gioco d'azzardo in Italia" 18 ottobre 2018 Istituto Superiore di Sanit – Centro nazionale dipendenze e doping.

⁸ Holdsworth L, Hing N, Breen H "Exploring women's problem gambling: a review of the literature" *International Gambling Studies*: 12(2), 199-2013; 2012

7.13

TUTTI PAZZI PER LA RETE: UNA RICERCA SPERIMENTALE SULL'INTERNET ADDICTION DISORDER

Scurti P.*^[1], Schiavo R.^[1], Festa S.^[1], Perillo G.^[1],
Perrotta T.^[1], Picardi A.^[1], Maddaluno M.C.^[1],
Strano L.^[1], De Causis D.^[1]

^[1]Asl Napoli 2 Nord ~ Napoli ~ Italy

Sottotitolo: Riflessioni per la definizione di progetti di prevenzione all'utilizzo patologico di internet nella fascia d'età adolescenziale.

Testo Abstract

In questo lavoro ci proponiamo di mostrare quanto l'Internet Addiction Disorder abbia correlazioni significative con una serie di variabili che vanno dai tratti personalità agli stili genitoriali percepiti degli intervistati.

La definizione new addiction fa riferimento a quei comportamenti socialmente accettati, come l'utilizzo di Internet, che presentano elementi e caratteristiche in comune con le dipendenze da sostanze ufficialmente riconosciute dalla comunità scientifica. In questi nuovi processi di assuefazione riscontriamo infatti meccanismi noti alle più comuni dipendenze quali la ripetitività, la gratificazione ed il craving. Non ci sono ancora criteri diagnostici condivisi, se non in una piccola sezione di dipendenze senza sostanza nel DSM-5 in cui è stato ufficializzato solo il GAP; la IAD è segnalata, invece, come proposta nella terza sezione del manuale come quelle condizioni che richiedono ulteriori studi per poi essere classificate disturbi; in tale sezione si evidenzia che si può parlare di dipendenza da Internet quando, per una significativa quantità di tempo, le proprie energie psico-fisiche vengono spese per la rete, creando così delle lacune negli altri ambiti della vita quotidiana come quella personale, relazionale, scolastica, lavorativa, familiare ed affettiva, con comportamenti del tutto simili all'assuefazione, al bisogno impellente e alla comparsa di tolleranza, che avvengono anche nell'utilizzo di sostanze. Nell'ICD-11 (2022) è stata aggiunta la nuova categoria "Disturbi dovuti a comportamenti di dipendenza" che include il "Disturbo da gambling" e la nuova categoria diagno-

stica "Disturbo del gaming" caratterizzato da un modello di comportamento di gioco persistente principalmente online.

Fu la Young (Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1996) che oltre alla Computer Addiction (dipendenza da giochi offline) classificò, a seconda dell'oggetto o dell'attività, altre tipologie di disturbo: Net Gaming (dipendenza da giochi online), Cyber Relational Addiction (dipendenza da relazioni online), Cybersex Addiction (dipendenza da sesso virtuale), Information Overload (sovraccarico cognitivo, ovvero bisogno compulsivo di fare ricerche sul web per reperire informazioni e notizie). La ricerca della Young, ha dunque indentificato la IAD come "un disturbo del controllo degli impulsi non dovuto ad una sostanza intossicante, che provoca conseguenze nei principali ambiti della vita quotidiana".

Obiettivo generale

Contribuire alla formulazione di programmi di prevenzione per contrastare lo sviluppo della IAD fornendo agli operatori del settore indicatori evidenzianti le reali necessità e competenze da sviluppare inerenti la popolazione target.

Obiettivi specifici

L'obiettivo del lavoro condotto dagli scriventi è verificare le seguenti ipotesi di ricerca:

- In che modo la dipendenza da internet correla con variabili della personalità e con l'alessitimia?
- Qualora ci fosse una correlazione significativa, in che modo i tratti di personalità possono avere un ruolo determinante nello sviluppo di una dipendenza da Internet?
- Indagare la relazione tra dipendenza affettiva e dipendenza da Internet in funzione del cambiamento del proprio stato umorale nei soggetti;
- Valutare se l'impatto delle dimensioni psicopatologiche e dell'alessitimia sui livelli di dipendenza da Internet è mediato dagli stili genitoriali percepiti dagli esaminati, considerando anche la correlazione tra dipendenza affettiva e stili genitoriali, per il sotto campione di soggetti che ha compilato il questionario sulla dipendenza affettiva.

Metodo

Partecipanti e procedura: Lo studio ha coinvolto un collettivo di studenti raccolto mediante campionamento casuale stratificato. I soggetti frequentavano il terzo anno di scuola secondaria di primo grado, e il primo, secondo e terzo anno di scuola secondaria di secondo grado - tutti rintracciati su territorio campa-

no. La somministrazione è avvenuta mediante un protocollo di questionari autosomministrato ai singoli partecipanti di ogni sezione, a quali è stato garantito l'anonimato e l'utilizzo delle informazioni in forma aggregata per finalità di ricerca. Il tasso di abbandono rispetto al totale delle somministrazioni (445) è pari al 7% (34) per un campione finale di 411 soggetti. Il campione totale analizzato è costituito da soggetti di età compresa tra i 12 e i 17 anni (età media 14 anni), di cui 210 maschi (51,1%) e 201 femmine (48,9%). Tra di essi 112 (27,2%) frequentano il terzo anno di scuola secondaria di primo grado, mentre 136 (31,1%) il primo anno di scuola secondaria di secondo grado, 61 (14,8%) il secondo anno e 102 (24,8%) il terzo. La situazione genitoriale prevede 343 soggetti con genitori sposati (83,5%), 56 con genitori divorziati/separati (13,6%) e 12 con un genitore vedovo (2,9%).

Inoltre come caratteristiche descrittive utili ai fini della ricerca, sono state rilevate informazioni circa la presenza e la tipologia di strumenti tecnologici nella vita quotidiana di questi soggetti e il tempo di utilizzo quotidiano di tali strumenti (per le distribuzioni di frequenza vedi rispettivamente figura 1 e figura 2).

Strumenti: Il protocollo di questionari si compone di una parte introduttiva con le indicazioni per una corretta compilazione e, a seguire, una prima sezione per raccogliere le caratteristiche socio-anagrafiche e la presenza in casa di tecnologia digitale; la seconda sezione è costituita da otto questionari di seguito brevemente descritti:

1. Per indagare la Dipendenza da Internet è stata utilizzata la versione revisionata del questionario originale U.A.D.I. (Uso, Abuso, Dipendenza da Internet) realizzata da Cantelmi e colleghi (2010) che consente di indagare cinque dimensioni: Evasione Compensatoria (uso di Internet all'insegna dell'evasione, quale atto di compensazione rispetto alle difficoltà della vita reale quotidiana), Dissociazione (alienazione e esperienze sensoriali bizzarre, depersonalizzazione, derealizzazione), Impatto sulla Vita Reale (eventuale modificazione delle abitudini, dei rapporti sociali, dell'umore dovute all'uso prolungato/distorto di Internet), Sperimentazione (l'uso di Internet come spazio privato, come laboratorio sociale di sperimentazione del Sé, come terreno per il gioco e la regressione, come strumento per la ricerca di emozioni tramite comportamenti trasgressivi, aggressivi, eccitazione, menzogna, identità fluida, noia), Dipendenza (comportamenti e sintomi legati alla tolleranza, astinenza, compulsività e ipercoinvolgimento).

2. Il Love Addiction Inventory (L.A.I.) è lo strumento utilizzato per la valutazione della Dipendenza Affettiva. Le dimensioni che costituiscono la sua strut-

tura sono sei: Rilevanza (bisogno mentale assiduo di vedere il/la partner e stare in sua compagnia), Ritiro (vissuti disfunzionali rispetto alla vita quotidiana come agitazione, stati d'ansia/depressione, senso di abbandono sperimentati in assenza del/la partner), Tolleranza, (necessità di trascorrere un tempo sempre maggiore con il/la partner pena un senso di astinenza), Modificazione dell'Umore (il partner ha la funzione di condizionare il proprio stato umorale, placato e rasserenato dalla sua vicinanza, agitato e inquieto nel caso della lontananza), Ricaduta (incapacità di ridurre il tempo da trascorrere insieme al/la partner, finendo per desiderarlo/la costantemente) e Conflitto interiore (verso i propri hobby e le proprie responsabilità, che vengono sacrificate pur di stare con l'altro).

3. Il Beck Depression Inventory seconda versione (BDI-II) è lo strumento utilizzato per valutare i sintomi della depressione a livello comportamentale, emotivo, cognitivo e somatico. La struttura del questionario è bidimensionale: Cognitivo-Affettiva (tristezza, pessimismo, fallimento passato, sensi di colpa, sentimenti punitivi, disprezzo verso sé stessi, autocritica) e Somatica (sensazioni provate principalmente sul proprio corpo come agitazione, perdita di energia, cambiamento nel ritmo del sonno e nell'appetito, difficoltà di concentrazione, stanchezza o affaticamento).

4. L'ansia dei soggetti è stata misurata mediante lo State and Trait Anxiety Inventory Form Y-1/Y-2 (STAI-Y) nella versione italiana di Pedrabissi e Santinello (1989). È un questionario bidimensionale di autovalutazione dei livelli di ansia di stato (è la dimensione indicativa dell'ansia "proprio in quel momento", una sensazione soggettiva di tensione e preoccupazione, comportamenti relazionali di evitamento o avvicinamento eccessivo e un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo relativa ad una situazione stimolo, quindi transitoria e di intensità variabile) e ansia di tratto (riflette una condizione ansiosa più duratura e stabile della personalità, continuativa, indipendentemente da una situazione particolare).

5. Per la misurazione di aspetti della personalità è stata impiegata la versione italiana dell'HEXACO-PI-R (HEXACO-Personality Inventory-Revised) di Ashton e Lee (2009), utilizzato per indagare sei dimensioni che hanno maggior peso nella personalità umana: Onestà (persone con intenti genuini e non manipolatori verso gli altri, tendono a non infrangere in alcun modo le regole), Emozionalità (coloro che sperimentano facilmente paura, ansia, e sentono il bisogno di supporto emotivo da parte degli altri, a cui si legano sentimentalmente, Estroversione (individui che vedono sé stessi in luce positiva, manifestano sicurezza nel gestire o affrontare gruppi di persone, di cui godono la presen-

za), Amabilità (persone tendenti al voler piacere agli altri e al manifestare simpatia, gentilezza e affetto verso di essi, a cui si contrappongono l'ostilità interpersonale, il serbare rancore nei confronti degli altri, il criticare molto spesso le loro mancanze), Coscienziosità (riguarda la capacità di saper organizzare il proprio tempo e il proprio ambiente fisico, lavorare in modo disciplinato e mirato verso i propri obiettivi) ed infine Apertura Mentale (saper dare il giusto valore a ciò che si possiede e godersi pienamente ogni momento).

6. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) nella sua versione italiana (La Ferlita et al., 2007) è stata adoperata per l'autovalutazione dell'Alessitimia, ed è costituita da quattro fattori: Difficoltà a identificare i sentimenti (riconoscerli e distinguerli dalle sensazioni somatiche), Difficoltà a descrivere i sentimenti (spiegare e parlare dei propri sentimenti ad altre persone), Difficoltà nel Contatto e nell'Utilizzo delle Emozioni (valuta il disinteresse nell'utilizzare le proprie emozioni come segnale e guida nel rapporto con se stessi e gli altri) e Pensiero Orientato verso l'Esterno (valuta un pensiero trasposto verso la realtà esterna e poco attenzionato a entrare nel proprio stato emotivo).

7. La valutazione del grado di autostima dei partecipanti è stata effettuata mediante la versione italiana del Rosenberg Self-Esteem Scale (R.S.E.S.) introdotto da Rosenberg nel 1965, la quale identifica la dimensione Autostima come la riflessione positiva o negativa che l'individuo ha di sé stesso per fare fronte alle sfide fondamentali della vita (Prezza et al., 1997). Il questionario dunque è unidimensionale.

8. In merito alla valutazione del rapporto genitore-figlio, è stato adoperato il Questionario degli Stili Genitoriali Percepiti (Q.S.R.P.G.) validato in Italia e che descrive lo stile relazionale di un individuo, ma anche di una coppia o di una famiglia (Colesso, 2006). Il modello denota tre dimensioni della genitorialità validate dagli autori. Lo Stile Genitoriale Abusivo-Apatico è uno stile di tipo "distruttivo" (non esistere). È una modalità relazionale ed educativa che esprime distruttività nei confronti del rapporto con il figlio, ma anche del suo sviluppo. Lo Stile Genitoriale Reattivo-Ripetitivo è uno stile caratterizzato da "stasi" (non crescere). Rappresenta una modalità di relazione che tende a bloccare ogni forma di crescita e assunzione di responsabilità; è presente l'affetto, ma è soffocante per lo sviluppo dell'indipendenza. Lo Stile Genitoriale Conduttivo-Creativo è uno stile che denota una modalità relazionale costruttiva (diventare adulto), caratterizzata da atteggiamenti e comportamenti che promuovono la crescita, la responsabilizzazione e la preparazione necessaria a un figlio per affrontare l'età adulta.

Discussione

In merito all'obiettivo generale, la ricerca ha evidenziato un impatto medio complessivo sui livelli di dipendenza da Internet da parte delle variabili anagrafiche, delle variabili psicopatologiche, dell'alessitimia, delle variabili di personalità e degli stili genitoriali pari al 30%. Le analisi preliminari indicano che i maschi tendono maggiormente ad attuare una condotta di sperimentazione, utilizzando Internet come territorio per la trasgressione, l'eccitazione e l'aggressività; mentre le femmine sono più inclini a utilizzare Internet come strumento di fuga/allontanamento dalla realtà, ed essere maggiormente tolleranti e dipendenti rispetto all'incremento del tempo di utilizzo dello strumento, modificando le abitudini, le relazioni con gli altri e il tono dell'umore. Inoltre, coloro che utilizzano lo strumento tecnologico oltre le 6 ore al giorno tendono maggiormente a ricorrere ad Internet per far fronte alle difficoltà della vita reale, *escape from reality*; per contro adolescenti che utilizzano Internet non oltre le quattro ore subiscono meno l'effetto di Internet sulla vita reale; in generale l'incremento di 1-2 ore di utilizzo, favorisce un aumento staticamente significativo delle condotte di astinenza, compulsività e ipercoinvolgimento legate alla dipendenza. Inoltre, adolescenti appartenenti a famiglie con genitori sposati sarebbero meno coinvolti in condotte di fuga dalla vita rispetto agli adolescenti che hanno genitori divorziati.

Alla luce del primo obiettivo specifico di questa ricerca, volto a verificare il peso unico delle dimensioni psicopatologiche, dell'alessitimia e delle dimensioni di personalità nella dipendenza da Internet, le analisi di regressione comprovano che individui tendenti all'uso di Internet come fuga, miglioramento dell'umore, della competenza personale e della qualità delle relazioni sociali mostrano una condizione ansiosa (quasi il 13% di impatto sull'evasione compensatoria); inoltre presentano livelli più elevati di depressione sul piano cognitivo-affettivo con tristezza, pessimismo, sensi di colpa e autocritica; maggiori difficoltà nel vivere le emozioni per sé stessi e in relazione agli altri (4%). Coloro che ottengono punteggi più elevati circa i sintomi dissociativi, evidenziano una maggiore difficoltà nel vivere le emozioni (13%); mostrano sentimenti di tristezza, punitivi, e di disprezzo verso sé stessi. Soggetti che riportano valori significativi di sperimentazione e di dipendenza, hanno una difficoltà maggiore nel vivere le emozioni nella vita reale (15%) e presentano livelli più elevati di ansia di tratto (3%).

Indagando il secondo obiettivo di questo lavoro in merito alle caratteristiche di personalità, le analisi di regressione hanno rilevato che adolescenti con pun-

teggi elevati di emozionalità, presentano un incremento nei livelli di evasione compensatoria e di dipendenza. Punteggi elevati di amabilità comportano un incremento dei livelli di evasione compensatoria e di impatto sulla vita reale. In tal senso Internet potrebbe rispondere al bisogno di mostrarsi piacevoli e in cerca di socialità a molte più persone contemporaneamente, e rappresentare un'alternativa più appetibile rispetto alla vita quotidiana a scapito dei rapporti reali con gli altri. Gli adolescenti con livelli maggiori di onestà (tendenti a non infrangere le regole, e che cercano di vivere il proprio percorso di vita con sincerità e senso di responsabilità) presentano livelli inferiori di evasione compensatoria e sperimentazione. Mentre coloro che hanno un'autostima maggiore subiscono meno l'impatto di Internet sulla vita reale (7%). Soggetti con punteggi più elevati di coscienziosità, intesa come temperanza e disciplina verso i compiti, gli impegni e le decisioni da prendere, risultano meno inclini ad attuare condotte di sperimentazione attraverso Internet. Infine, adolescenti che presentano livelli maggiori di apertura mentale ed estroversione hanno livelli più bassi di dipendenza. (vedi figura 3 – Analisi di regressione della dipendenza da Internet su psicopatologie, alessitimia, personalità e stili genitoriali).

Per quanto riguarda il sottocampione di partecipanti di cui sono stati valutati gli aspetti costitutivi della dipendenza affettiva (da partner), in linea con la verifica del terzo obiettivo di questa ricerca, le analisi di regressione consentono di affermare che gli adolescenti con una maggiore tolleranza dell'incremento del tempo che si desidera trascorrere con il partner, conseguono punteggi maggiori di evasione compensatoria (4,5%) e sperimentazione. Invero la ricerca incontrollata di un tempo sempre maggiore da trascorrere con il partner può trovare in Internet un modo (compensatorio) di prolungarsi. Allo stesso modo punteggi maggiori di conflitto verso le proprie responsabilità e i propri hobby, incrementa i livelli di evasione compensatoria e di sperimentazione (11%), nell'incapacità di trovare un equilibrio tra le cose della propria vita e quelle del partner (Savci e Aysan 2017). Un incremento della ricaduta favorisce un aumento dei livelli di dissociazione (5%) e di sperimentazione (3,7%). Il dato può essere interpretato alla luce dello studio di Diotaiuti e colleghi (2022), in quanto nella ricaduta si finisce per desiderare l'altro ancor più di prima, portando un'attenzione estrema al di fuori di sé stessi. L'incremento del livello di ritiro dei soggetti, si lega ad un impatto maggiore di Internet sulla vita reale (4%). Nella misura in cui Internet venga visto come la risposta al senso di abbandono e all'agitazione percepita, è

possibile che si passi da relazioni reali viste oramai con sfiducia, a relazioni virtuali. Il bisogno sempre maggiore dell'altro in termini di rilevanza, comporta un impatto maggiore di Internet sulla vita reale (3,7%). In ultimo, soggetti con una maggiore modificazione dell'umore presentano un livello maggiore di dipendenza (4,8%), in accordo con lo studio di Estevez e colleghi (2017). (vedi figura 4 – Analisi di regressione della dipendenza da internet sulla dipendenza affettiva).

Il quarto obiettivo mirato di questo studio, viene confermato solo in parte dall'analisi degli effetti diretti degli stili genitoriali sulla dipendenza da Internet. La regressione stima che gli adolescenti che percepiscono una modalità relazionale genitoriale opprimente, che limita l'assunzione di responsabilità e lo stimolo alla crescita, potrebbero tendere in misura maggiore a utilizzare Internet come mezzo per evadere da questo tipo di controllo, percepito come una barriera comunicativa da cui evadere al fine di evitare ulteriori conflitti. Coloro che invece percepiscono uno stile genitoriale orientato alla crescita e alla responsabilizzazione di sé, potrebbero adottare in misura minore un comportamento volto a utilizzare Internet come strumento per evadere dalla vita quotidiana, potenzialmente in funzione del grado di sicurezza e supporto percepito nella relazione con i propri genitori (Li et al., 2022). Questi soggetti tendono a essere meno dipendenti dallo strumento tecnologico.

L'obiettivo generale di questo lavoro è verificato dall'analisi di mediazione condotta sia sul totale del campione, che sul sottocampione valutato per i livelli di dipendenza affettiva. Tale analisi mostra come lo stile genitoriale reattivo-ripetitivo possa mediare l'effetto della depressione cognitivo-affettiva, dell'ansia di stato/tratto e dell'alessitimia, sull'evasione compensatoria, sulla dissociazione, sulla sperimentazione e sulla dipendenza. Al tempo stesso per quanto riguarda la dipendenza affettiva, l'effetto della rilevanza, del ritiro, della tolleranza, della ricaduta e del conflitto sull'evasione compensatoria, sulla dissociazione, sulla sperimentazione e sulla dipendenza, passa attraverso lo stile genitoriale reattivo-ripetitivo.

Conclusioni

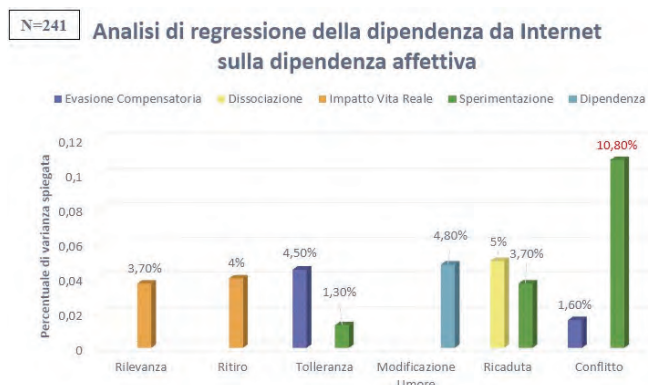
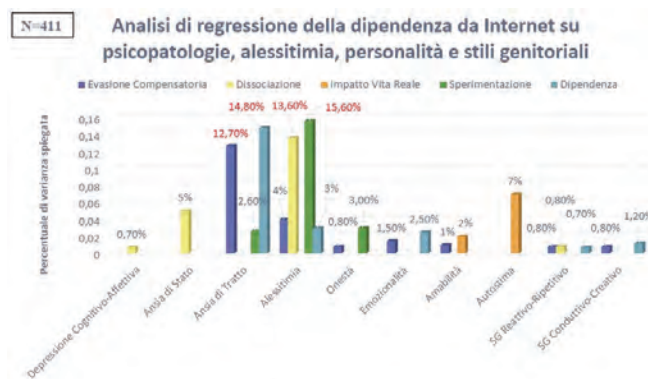
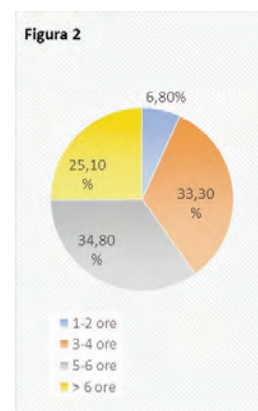
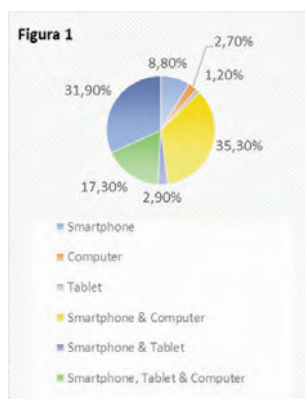
Gli obiettivi esplorativi di questo lavoro possono dirsi verificati. È possibile affermare che sindromi ansiose o depressive, in modo particolare sul versante cognitivo-emotivo, possono trovare nei comportamenti legati alla dipendenza da Internet una funzionalità (seppur disadattiva), in termini di sfogo, riduzione della tensione, o rivalutazione positiva della propria immagine e del rapporto con gli altri. Internet può rappresentare

uno strumento che conferisce alla persona depressa una seconda possibilità per sentirsi migliore e pensare bene di sé stessa. La difficoltà sperimentata nel vivere le emozioni, espressione dell'alessitimia, può trovare mediante strumenti virtuali come i social network, mondi attraverso cui fare pratica e sperimentare vissuti emotivi protetti da uno schermo, che non arrivano all'altro, ma conferiscono l'idea di stare vivendo una socialità. Una personalità particolarmente emotiva potrebbe lasciarsi coinvolgere maggiormente nell'utilizzo di Internet, avendo l'impressione di essere visti e ascoltati da tutti. Viceversa, buoni livelli di coscienza, estroversione e autostima costituiscono una personalità maggiormente protetta da questo tipo di dipendenza e dai suoi meccanismi. In merito alla dipendenza affettiva, la modificazione dell'umore e la ricerca costante della vicinanza o della presenza del/la partner, possono incidere in modo significativo sull'utilizzo di Internet come strumento per ridurre il senso di astinenza, e placare sentimenti negativi e conflittuali verso sé stessi. In media, tra tutti gli aspetti della dipendenza da Internet, quello che risente maggiormente della dipendenza affettiva è la condotta di sperimentazione. Inoltre, questo studio ha evidenziato l'effetto predisponente allo sviluppo di IAD dello stile genitoriale reattivo-ripetitivo. Lo stato repressivo percepito dall'adolescente è il motore che lo spinge a cercare in Internet la sua liberazione, la sregolatezza, l'agognata indipendenza, rinchiudendosi in uno spazio che, sospendendo o sostituendo la realtà, fa emergere una identità parallela alla propria. La qualità della comunicazione genitoriale dello stile Reattivo-Ripetitivo, verificata in questo studio, è terreno fertile attraverso cui la depressione cognitivo-affettiva, l'ansia di stato/tratto e l'alessitimia sbocciano in IAD. Allo stesso modo, il bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore con il/la partner trova nell'utilizzo di Internet una sorta di sfogo, traendo linfa, da uno stile genitoriale Abusivo-Apatico in cui l'affetto viene penalizzato, e ritenuto possibile solo all'interno di relazioni controllanti ed asfissianti. L'adolescente può trovare nella rete virtuale quell'attenzione e quel dialogo, ma anche il riscatto-vendetta, che nella relazione con i genitori diviene elemosina affettiva o deturpante sentimento.

Indicazioni per il futuro

Questo lavoro sperimentale apre a parer nostro una prima considerazione importante. La IAD sarà probabilmente la patologia del futuro. Gli operatori del settore dipendenze sono poco formati alle tecnologie e alle implicazioni psicologiche e patologiche che tale strumento comporta. I SerD stessi non hanno contesti

pronti per affrontare una possibile emersione del fenomeno che oggi vede quasi 5 miliardi di utenti in tutto il mondo. Infine i programmi di prevenzione troppo spesso lasciano fuori target i sistemi familiari degli adolescenti, e i dati in nostro possesso, riportati in questo lavoro, tracciano indubbiamente nel coinvolgimento educativo proprio gli adulti quali portatori di caratteristiche protettive contro lo sviluppo della patologia da internet. La vera sfida alle dipendenze si giocherà quindi sul terreno delle emozioni e del dialogo face to face, nessuno può chiamarsi fuori pena l'esclusione dal mondo.



7.14

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: IL TUTOR FAMILIARE NEL PERCORSO DI CURA. L'ESPERIENZA DEL "GRUPPO TUTOR" PRESSO IL SER.D DI EMPOLI

Sabatini D.*^[1], Mellini A.^[1], Cervigni D.^[1],
Morelli V.^[1], Brandi A.^[1], Cioni M.^[1], Colantuono V.^[1],
Romano C.^[1], Scuotto S.^[1]

^[1]U.F.C. Dipendenze Empoli, Azienda USL Toscana
Centro, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ~
Empoli ~ Italy

Sottotitolo: Obiettivo dello studio: valutare se l'inserimento dei familiari tutor in un gruppo psico-educativo loro dedicato facilita la presa in carico del sistema familiare e la cura del giocatore d'azzardo. I risultati mostrano il miglioramento della ritenzione e remissione del paziente al trattamento e della compliance del sistema familiare al percorso

Testo Abstract

Introduzione

Le conseguenze del gioco d'azzardo, come quelle di altre dipendenze, hanno ricadute importanti sul benessere e sulla salute di tutti i membri della famiglia (1,2).

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del SerD di Empoli prevede la presenza di un tutor in ciascun programma per gioco d'azzardo, con la finalità di individuare e condividere strategie personalizzate all'acquisizione ed al mantenimento della sobrietà del giocatore.

Con l'obiettivo di sostenere il familiare tutor è stato istituito dal Maggio 2019, un percorso di gruppo denominato "Gruppo Tutor" dove il tutor familiare ha la possibilità di partecipare volontariamente.

Il percorso prevede incontri gruppalmente ad indirizzo psico-educativo; gli incontri hanno cadenza quindicinale e la durata media del percorso è di 18 mesi. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare se l'inserimento dei tutor in un gruppo loro dedicato facilita la presa in carico del sistema familiare e la cura del

giocatore.

Materiali e Metodi

Dal 2019 ad oggi sono stati presi in carico presso il SerD di Empoli n 148 giocatori, di cui 135 maschi e 13 femmine.

I tutor che hanno intrapreso un percorso di gruppo sono stati 29.

I requisiti di inclusione al Gruppo Tutor sono stati valutati tramite colloquio di assessment psicologico. Del totale dei partecipanti al gruppo, 25 erano donne e 4 uomini, con i seguenti legami di parentela: i) 19 partner, ii) 3 sorelle/fratelli, iii) 2 figli, iv) 5 madri.

La conclusione positiva del percorso terapeutico-riabilitativo viene valutata dopo 3 anni di programma, in cui si dimostra la sobrietà del paziente rispetto al gioco d'azzardo e il pieno recupero dell'autonomia gestionale economica.

Dal 2019, il programma terapeutico-riabilitativo è stato concluso positivamente da 59 giocatori, di cui 30 che non avevano il tutor nel gruppo e 19 il cui tutor partecipava al gruppo.

Abbiamo confrontato il numero dei programmi conclusi positivamente (30) sul totale dei programmi dei pazienti che non hanno avuto il tutor nel gruppo (119) ottenendo il seguente risultato: $30/119 = 25,2\%$, rispetto al numero dei programmi conclusi positivamente (19) sul totale dei programmi dei pazienti che hanno avuto il familiare che ha partecipato al gruppo (29) ottenendo il seguente risultato: $19/29 = 65,5\%$.

Conclusioni

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è una patologia caratterizzata da comportamenti disfunzionali legati al gioco, che porta ad una importante compromissione clinica e degli scopi di vita (3).

Il ruolo del tutor riveste una fondamentale importanza nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo per il giocatore d'azzardo.

In linea con la recente letteratura, il gioco ha importanti ricadute in termini di tensioni familiari e relazionali, spesso legate al craving o a situazioni debitorie, con agiti talvolta di aggressività e violenza intrafamiliare (1,3).

L'esperienza che i partecipanti al gruppo riportano è quella di un progressivo abbassamento della tensione familiare, attraverso un lavoro di accettazione e comprensione della patologia del giocatore e l'acquisizione di strumenti volti al miglioramento comunicativo e relazionale, con una maggior compliance al percorso dell'intero sistema familiare.

Questo lavoro, evidenzia dunque, come un percorso psico-educativo di gruppo dedicato ai familiari tutor abbia importanti ricadute in termini di miglioramento della ritenzione in trattamento e della remissione da parte del paziente giocatore.

1. Nerilee Hing, Cathy O'Mullan, Lydia Mainey (2022) et al An integrative review of research on gambling and domestic and family violence: Fresh perspectives to guide future research. *Front Psychol.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.987379>
2. Jeffrey D.Roth. Addiction as a family disease. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5:1-3 2010
3. American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015

7.15

LA CREAZIONE DI UN GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO PER LE DIPENDENZE A VENEZIA: UN APPROCCIO COOPERATIVO E INCLUSIVO

Vidal Tagliapietra M.*^[1], Seno L.^[1], Bozzola P.^[1], Garzara F.^[2], Margutti E.^[1]

^[1]UOS Ser.D. Azienda Ulss3 Serenissima Venezia-Chioggia ~ Venezia ~ Italy, ^[2]Consulente esterno Progetto "Chiama & Vinci" Azienda Ulss3 Serenissima ~ Venezia ~ Italy

Sottotitolo: COSTRUIRE SPAZI CONDIVISI

Il progetto di formazione "Auto. Mutuo. Aiuto" (A.M.A.)¹, illustra la formazione di uno specifico gruppo a Venezia, ponendo l'accento sulla collaborazione tra operatori, utenti, familiari e volontari, che lavorano insieme per promuovere la cultura della mutualità.

Testo Abstract

Introduzione

La creazione di un gruppo "A.M.A." a Venezia, situato all'interno del Dipartimento per le Dipendenze1 dell'AULSS 3 Serenissima, persegue un progetto che deve incoraggiare l'interazione tra i partecipanti, creando un ambiente sinergico per condividere conoscenze ed esperienze. La metodologia partecipativa segue le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità2 e si concentra sull'auto mutuo aiuto nel contesto delle dipendenze.

Metodi e target

Nel perseguire l'obiettivo di stimolare la cooperazione e la mutualità tra i vari attori coinvolti, il nostro intento è stato quello di rafforzare il senso di responsabilità all'interno della comunità e di coinvolgere attivamente i partecipanti in un processo di apprendimento concreto. Questo sforzo si è realizzato nel progetto chiamato "Corso di Formazione sull'Auto Mutuo Aiuto", sviluppato all'interno dell'Azienda AULSS 3 Serenissima, con l'obiettivo primario di promuovere e formare alla cultura e alla pratica dell'auto mutuo aiuto, con uno specifico accento sull'approfondimento

delle dinamiche legate all'Addiction ed alle New Addiction.

Il progetto si articola sostanzialmente attraverso i seguenti obiettivi:

1. Sensibilizzare e formare operatori, utenti e volontari sui principi del sostegno reciproco;
2. Dotare i partecipanti di conoscenze e strumenti concreti per avviare gruppi "A.M.A." rivolti a diverse forme di dipendenza;
3. Agevolare la creazione di tali gruppi con il coinvolgimento delle varie figure interessate da questa attività.

I vari operatori SerD hanno assunto inizialmente un ruolo di riferimento, di selezione e di invio per la costruzione del gruppo con un approccio del progetto di adattabilità alla diversità attraverso:

1. Spazi e modalità di partecipazione flessibili;
2. Sostegno personalizzato per rispondere alle esigenze di ciascun individuo;
3. Ambiente inclusivo e di apprendimento reciproco, valorizzando le esperienze di ciascun membro.

Il progetto evidenzia in sintesi i seguenti aspetti qualitativi e quantitativi come da Tabella 1.

Aspetti qualitativi

1. Obiettivi: il progetto mira a sensibilizzare e formare operatori, utenti, familiari e volontari sulla cultura dell'auto mutuo aiuto, acquisire conoscenze e strumenti per promuovere tali gruppi e facilitarne l'avvio;
2. Partecipanti: nel corso dei primi sei mesi, sono stati coinvolti trentacinque partecipanti tra utenti, volontari, familiari e operatori, con la creazione di due gruppi "A.M.A.": uno a Venezia centro storico e un altro nell'hinterland;
3. Incontri e Formazione: gli incontri di formazione tenuti da due esperti dell'Associazione "A.M.A." di Trento, sono stati avviati a dicembre 2021 e si sono svolti online nel periodo pandemico. Le tematiche trattate includono il ruolo del facilitatore, l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto, il lavoro in piccoli gruppi e la condivisione in plenaria, ed altri argomenti legati alle dipendenze;
4. Supporto e Supervisione: sono stati pianificati momenti di supervisione al gruppo "A.M.A.", per valutare il progresso e discutere delle sfide, con il supporto fattivo degli stessi formatori;
5. Sviluppo Autonomo del Gruppo: è stato pianificato un passaggio graduale "step by step" per aiutare il gruppo a diventare autonomo nel tempo.

Aspetti quantitativi

1. Risultati Attesi: tra i risultati attesi all'avvio del



piano operativo, c'erano indicatori quali la sensibilizzazione dei partecipanti, l'individuazione dei soggetti per la formazione, l'avvio della formazione stessa e la supervisione del gruppo;

2. Risultati Ottenuti: nel 2022, sono stati avviati due gruppi di auto mutuo aiuto, uno a Venezia centro storico ed un altro nell'hinterland, per i quali sono state condotte attività di supervisione e supporto ai gruppi, con un focus particolare sul gruppo di Venezia;

3. Indicatori Utilizzati: si è fatto riferimento al numero dei partecipanti, a quello degli iscritti alla formazione, alla quantità degli incontri svolti, sia nell'ambito della formazione e della supervisione, con la somministrazione di appropriati questionari di valutazione.

4. Cronoprogramma: questo strumento mostra l'avanzamento delle varie attività nel corso del tempo, con azioni specifiche pianificate per ciascun trimestre;

5. Autovalutazione: permette di valutare diversi aspetti del progetto, tra cui il potenziamento della rete, la capacità di coordinamento, l'efficacia nella sua attuazione, il coinvolgimento attivo dei cittadini nella gestione delle problematiche legate alle dipendenze.

Creazione e gestione del gruppo "A.M.A" nel centro storico di Venezia

Il gruppo è composto da circa 15 adulti di età compresa tra 24 e 77 anni, con varie forme di dipendenza, diverse esperienze personali e provenienti da diverse zone di Venezia e dintorni. La decisione di ruotare il ruolo di facilitatore durante i primi sei mesi, è stata accolta in modo positivo poiché ha permesso a tutti di contribuire e sviluppare nuove competenze, supportando in modo fattivo la crescita del gruppo.

Un aspetto importante è stato il sostegno da parte del SerD che, da subito, ha dimostrato interesse e appoggio verso questa iniziativa: questo ha permesso di avviare il gruppo "A.M.A." nel maggio 2022, grazie ad

uno spazio dedicato fornito dal territorio.

Il gruppo ha condiviso aspetti relativi all'organizzazione, alle questioni pratiche come orari, disponibilità e frequenza delle riunioni, per cui è stata scelta la modalità di incontri quindicinali, supportati da materiali informativi forniti dallo stesso SerD, tramite volantini. È stato anche deciso la creazione di un gruppo "Whatsapp" per i partecipanti, adottato per facilitare la comunicazione riguardo alle presenze, alle assenze e ad altri possibili contesti.

Episodi di "craving" e di ricadute di alcuni partecipanti, hanno stimolato il gruppo ad attivare le risorse interne ed anche il supporto del SerD, per promuovere discussioni costruttive e vari interventi di sostegno. In questa prospettiva, proprio l'atteggiamento di comprensione e di sincero aiuto reciproco è stato considerato il fondamentale pilastro della filosofia del Auto Mutuo Aiuto.

Altro elemento fondamentale è stato l'interesse per la formazione, con la necessità di coinvolgere esperti per affrontare tematiche come ricadute, depressione, neurobiologia delle dipendenze e tipologie di Comunità Terapeutiche. Anche aspetti come la gestione dell'autonomia, la pratica della Mindfulness ed il ruolo dell'amministratore di sostegno sono stati oggetto di interesse e discussione.

All'interno del gruppo, è nato un sottogruppo che ha collaborato con successo all'organizzazione di una Mostra Fotografica Collettiva, riflettendo sulla pandemia e sul suo impatto. Questa iniziativa, che ha fatto riferimento all'attività "Trekking Urbano", promossa sempre da AULSS 3 Serenissima, con il patrocinio della Regione Veneto, nell'ambito del progetto "Chiama & Vinci", ha dimostrato la reale e fattiva capacità del gruppo di collaborare e realizzare attività culturali di rilievo.

In definitiva, la creazione e gestione del gruppo "A.M.A." nel Centro Storico di Venezia ha dimostrato il

valore dell'Auto Mutuo Aiuto nell'affrontare le sfide delle dipendenze e promuovere il supporto reciproco. La collaborazione tra i membri, il sostegno del SerD, oltre alla capacità di affrontare tematiche complesse, hanno contribuito alla realizzazione di questa iniziativa.

Riflessioni con il contributo di alcuni approcci teorici

La creazione e gestione del gruppo "A.M.A." nel Centro Storico di Venezia è stato un processo articolato e profondo, che ha coinvolto diverse persone, unite dall'obiettivo di fornire sostegno reciproco e promuovere la crescita personale. Questa esperienza può anche essere analizzata attraverso l'incontro di teorie e riferimenti anche diversi tra loro, e che rispecchiano aspetti bibliografici differenti ma sempre afferenti al tema dell'Auto Mutuo Aiuto e alla dinamica dei gruppi. Si sottolinea come, nel contesto della formazione del gruppo avvenuta nel 2022, sia emerso in modo preponderante, il ruolo cruciale del facilitatore. Questa figura, come descritto da Yalom (2005) in "The Theory and Practice of Group Psychotherapy"³, svolge un ruolo fondamentale nel creare un ambiente sicuro, facilitare la comunicazione e stimolare la collaborazione all'interno del gruppo. Nel caso del gruppo "A.M.A.", il facilitatore ha svolto un ruolo guida nell'incoraggiare la pianificazione e la progettazione condivisa delle attività, promuovendo l'interazione tra i membri e favorendo il coinvolgimento di risorse esterne.

L'appoggio da parte del SerD, ha poi svolto un ruolo determinante nell'evoluzione del gruppo: secondo la teoria del supporto sociale di Cohen e Wills (1985)⁴, il sostegno esterno può favorire il benessere psicologico e la resilienza dei gruppi. Inoltre, il patrocinio e il supporto forniti dal SerD hanno contribuito a creare un ambiente di accoglienza e di affermazione, facilitando l'avvio del gruppo "A.M.A.", creando un ambito favorevole alla condivisione e all'apprendimento reciproco. La composizione eterogenea del gruppo, con membri di diverse età ed esperienze, può essere analizzata anche alla luce delle teorie dell'apprendimento sociale di Bandura (1977)⁵, che sottolineano l'importanza del modello di comportamento e dell'interazione tra individui nello sviluppo personale. Proprio lo scambio all'interno del gruppo, ha permesso la condivisione delle differenti esperienze e l'acquisizione di nuove competenze, come evidenziato dalla rotazione nel ruolo di facilitatore.

Le sfide legate ad episodi di "craving" o di eventuali ricadute, possono essere affrontate anche con il riferimento agli studi sulle dipendenze di Marlatt e Gordon (1985)⁶. La prospettiva di comprensione e supporto reciproco all'interno del gruppo "A.M.A." corrisponde ai principi di un approccio grupppale che pone in evi-

denza aspetti che si fondano sull'empatia e sull'ascolto attivo dei partecipanti.

L'interesse per la formazione e l'approfondimento di tematiche quali ricadute, depressione e neurobiologia delle dipendenze, può essere analizzato attraverso l'approccio teorico della psico-educazione di Jorm e Kelly (2007)⁷. L'istruzione e la discussione su queste questioni possono favorire una maggiore comprensione e consapevolezza all'interno del gruppo, aiutando i partecipanti a gestire meglio le sfide individuali. Anche l'emergere di un sottogruppo che ha collaborato all'organizzazione di una "Mostra Fotografica Collettiva" sembra riflettere l'approccio centrato sulle risorse dell'Auto Mutuo Aiuto. Questo può essere correlato alla teoria della resilienza di Masten (2001)⁸, che sottolinea la capacità delle persone di affrontare le avversità e sviluppare strategie di coping, attraverso il supporto reciproco e la creatività.

In conclusione, la creazione e gestione del gruppo "A.M.A." nel Centro Storico di Venezia ha dimostrato l'efficacia promuovendo un supporto reciproco e la crescita personale. Questo approccio, sostenuto da teorie come quelle dei già citati Yalom, Cohen e Wills, Bandura, Marlatt e Gordon, rappresenta un supporto efficace per affrontare le sfide delle dipendenze e favorire la resilienza individuale. La collaborazione con il SerD e la varietà di temi affrontati all'interno del gruppo, riflettono un approccio olistico e dinamico riferito al Auto Mutuo Aiuto.

Dinamiche e prospettive future del gruppo

Ad oggi, il gruppo "A.M.A." del Centro Storico di Venezia sta attraversato una approfondita riflessione alla luce di teorie e riferimenti bibliografici nel campo dell'Auto Mutuo Aiuto e delle dinamiche di gruppo. Si sta riscontrando una difficoltà ad accettare l'idea di una maggiore autonomia nell'attività, esplicitata nella resistenza a reggere l'assenza degli operatori del Servizio Dipendenze (SerD). Possiamo analizzare questo fenomeno attraverso la lente delle dinamiche di cambiamento e adattamento dei gruppi di auto-aiuto. Secondo la teoria del cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1983)⁹, è normale che i gruppi attraversino fasi non lineari di pre-contemplazione, contemplazione e azione, in risposta a nuove dinamiche e obiettivi. L'opposizione al cambiamento e la paura dell'autonomia possono riflettersi in fasi di pre-contemplazione, che richiedono apposito supporto e negoziazione per spingere il gruppo verso una maggiore consapevolezza delle potenzialità dell'auto-gestione.

La coesione e il senso di appartenenza all'interno del gruppo hanno subito sollecitazioni dalle assenze e spinto all'abbandono del gruppo. Questi aspetti posso-

no essere analizzati attraverso le varie teorie che si riferiscono alla coesione di gruppo che sottolineano l'importanza delle relazioni interpersonali e dell'identità condivisa per il funzionamento e il mantenimento dello stesso.

Così come una decisione di concludere il ruolo di facilitatore, poiché la persona ritiene di essere guarito e di non aver più bisogno del gruppo, richiama la teoria dell'identità sociale di Tajfel (1979)¹⁰. Questa teoria suggerisce che l'appartenenza a un gruppo può influenzare la nostra percezione e porta ad una maggiore identificazione con il gruppo. In questo caso, l'individuo sembra aver raggiunto un livello di guarigione tale da percepire una disconnessione dall'identità di gruppo, aprendo la discussione sull'evoluzione dei partecipanti nel contesto dell'Auto Mutuo Aiuto. L'approccio suggerito dagli operatori del SerD, di coinvolgere l'esperto dell'Associazione "A.M.A." di Trento, rappresenta un passo significativo per affrontare queste sfide. Questo intervento può anche essere basato sulla teoria del supporto sociale di Cobb (1976)¹¹, che sottolinea l'importanza del supporto esterno nel favorire l'adattamento e il benessere dei gruppi di auto-aiuto. L'esperienza e le competenze dell'esperto possono davvero contribuire a ri-orientare il gruppo verso obiettivi condivisi e a creare nuove strategie per affrontare le resistenze.

Risultati

L'introduzione di un facilitatore rotante nei primi sei mesi ha favorito coinvolgimento e sviluppo di competenze. Il gruppo ha affrontato sfide come "craving" e ricadute grazie a risorse interne e supporto del Dipartimento. L'approccio cooperativo e privo di giudizio incarna i principi dell'Auto Mutuo Aiuto.

Conclusioni

Il Gruppo "A.M.A." a Venezia, sperimenta l'efficacia del sostegno reciproco nell'affrontare le dipendenze e promuovere la crescita individuale. L'impegno collaborativo tra membri e supporto del Servizio hanno contribuito alla buona riuscita grazie all'esperienza del sostegno reciproco.

Globalmente il progetto del gruppo "A.M.A." sembra aver raggiunto diversi obiettivi in termini di sensibilizzazione e formazione nel contesto delle dipendenze. La pianificazione dettagliata, l'autovalutazione e il monitoraggio dell'andamento del progetto hanno contribuito ad una gestione più efficace dell'iniziativa.

Bibliografia

• Bandura, A. (1977) *Teoria dell'Apprendimento Sociale*, New York, General Learning Press.

- Brown, L. D., Wituk, S. (2010) *Un'indagine sui principi fondamentali dei gruppi di auto-aiuto*. In L. D. Brown & S. Wituk (Eds.), *Gruppi di Auto-Aiuto: Uno studio qualitativo* (pp. 1-15), Milano, Springer Science + Business Media2.
- Cobb, S. (1976) *Social support as a moderator of life stress*, *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985) *Stress, supporto sociale e l'ipotesi del tamponamento*, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Fisher, D. G., Reynolds, G. L., Jaffe, A. (2006) *Il futuro delle organizzazioni di mutuo aiuto: Oltre l'approccio singola dipendenza, singola problematica*, *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(4), 7-24.
- Galanter, M., Kaskutas, L. A. (2008) *Un programma di ricerca per la partecipazione continua nei gruppi di auto-aiuto*, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(3), 83-94.
- Humphreys, K., Rappaport, J. (1993) *Dal movimento per la salute mentale della comunità all'era dell'auto-aiuto: Programmi orientati alla ripresa guidati dai pari*. In B. P. Mowbray, D. L. Moxley, S. A. Jasper, J. L. Howell (Eds.), *I consumatori come fornitori nella riabilitazione psichiatrica* (pp. 27-42), Wayne State University Press.
- Humphreys, K., & Woods, M. D. (1993) *Ricerca sulla partecipazione ai gruppi di mutuo aiuto in uno studio di trattamento controllato: questioni metodologiche e sostanziali*, *International Journal of Self-Help and Self-Care*, 1(3), 197-210.
- Jason, L. A., Glenwick, D. S. (Eds.) (2012) *Approcci metodologici alla ricerca basata sulla comunità*, American Psychological Association.
- Jorm, A. F., Kelly, C. M. (2007) *Migliorare la comprensione pubblica dei termini "Malattia Mentale" e "Schizofrenia"*, *Australian Psychologist*, 42(2), 81-89.
- Mancini, J. A., Bowen, G. L. (2013) *Interviste approfondite con partecipanti a un'organizzazione di mutuo aiuto basata sulla comunità: Cosa funziona e cosa non funziona nella promozione della salute mentale e del benessere psicologico?*, *Community Mental Health Journal*, 49(5), 563-576.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985) *Prevenzione delle ricadute: strategie di mantenimento nel trattamento dei comportamenti dipendenti*, New York, Guilford Press.
- Masten, A. S. (2001) *La Magia Ordinaria: processi di resilienza nello sviluppo*, *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Moos, R. H., Moos, B. S. (2004) *L'influenza a lungo termine della durata e della frequenza della partecipazione agli Alcolisti Anonimi su individui con disturbi legati all'uso di alcol*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 81-90.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1983) *Situazioni e processi nel proprio cambiamento riferito al fumare: verso un modello integrato di cambiamento*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Sarason, S. B., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, I. G. (1983) *Valutare il supporto sociale: il questionario sul supporto sociale*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Tajfel, H. (1979) *Individuals and groups in social psychology*, *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 18(2), 183-190.
- Yalom, I. D., Leszcz, M. (2005). *La teoria e la pratica della psicoterapia di gruppo*, Cambridge, Basic Books.
- Zeldow, P. B. (1980) *Partecipazione alle associazioni volontarie: uno studio di caso dei gruppi di auto-aiuto*, *American Journal of Community Psychology*, 8(1), 89-110.

7.16

IL BINGE WATCHING TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO TRA GLI ADOLESCENTI BRESCIANI

Bugatti A. *^[2], Rebaicini A.^[1], Costa A.^[1], Lucchini G.^[3]

^[1]Università degli studi di Brescia - Brescia - Italy,

^[2]Cooperativa "Il Mosaico" - Lumezzane (BS) - Italy,

^[3]ASST di Mantova - Mantova - Italy

Sottotitolo: Considerata la sua sempre maggiore diffusione tra i giovani, lo studio si è concentrato sul fenomeno del Binge Watching, domandandosi se esso possa rientrare nella categoria delle dipendenze comportamentali: si è indagata la sua presenza tra gli adolescenti bresciani cercando di tracciare un profilo dei "Binge Watcher problematici".

Testo Abstract

Il tema delle dipendenze comportamentali sta diventando sempre più prioritario nelle politiche e nelle agende degli enti che si occupano di salute. Lo studio "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z" (ISS, 2023) – realizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità – ha indagato la diffusione di questa categoria di addiction nella popolazione adolescente. Tale ricerca ha mostrato che sarebbero a rischio più di un milione di adolescenti per la dipendenza da cibo, mezzo milione per quella da videogiochi e poco meno di centomila per la dipendenza da Social Network.

Nell'ambito delle dipendenze comportamentali il fenomeno del Binge Watching non è stato ancora adeguatamente esplorato, nonostante la sua costante diffusione nelle giovani generazioni. Per gli adolescenti – che trovano nella rete un contesto di appartenenza e socializzazione (Lancini & Salvi, 2018) – l'intrattenimento proposto da Internet e serie TV è, negli ultimi anni, divenuto sempre più attraente e rilevante

(Anghelcev et al., 2021; Mascheroni & Ólafsson, 2018). La fruizione di serie TV, notevolmente aumentata nel periodo della pandemia da Sars-Cov-2 (Aghababian et al., 2021), ha in tale frangente costituito per i giovani un modo per evadere da una realtà percepita come negativa e ansiogena (Arendet al., 2021) ma è stata al contempo accompagnata da risvolti negativi per il loro benessere psicologico (Boursieret al., 2021; Razaet al., 2021; Starosta et al., 2021; Aghababian et al., 2021).

Con la comparsa di nuovi e più tecnologici device che consentono un rapido accesso alla rete, è sempre più semplice la fruizione delle serie tv: le piattaforme di streaming rendono direttamente disponibili intere stagioni dei loro prodotti, a cui si può accedere in qualsiasi momento avendo una completa libertà nella loro fruizione (Ojer & Capapè, 2013), determinando così un aumento della pratica del Binge Watching.

Tale fenomeno non ha una definizione universalmente condivisa, ma quella maggiormente abbracciata in letteratura è proposta da Merikivi et al. (2019): visione di più di un episodio dello stesso contenuto video seriale, in un'unica seduta, con i propri tempi e ritmi. Per comprendere il Binge Watching, distinguendo la sua forma problematica dalla fruizione non pericolosa delle serie TV (Flayelle et al., 2020), possiamo individuare quattro diverse tipologie di spettatori (Flayelle et al., 2019b):

- Fruitori ricreazionali, solitamente adulti con bassi tratti di impulsività e basso coinvolgimento per le serie TV;
- Binge Watcher moderati, persone adulte con un moderato livello di coinvolgimento;
- Binge Watcher avidi, presentano un elevato coinvolgimento – che non è tuttavia ancora pericoloso – e mostrano elevati livelli di impulsività e sensation seeking;
- Binge Watcher sregolati, per cui il Binge Watching diviene un fenomeno problematico; sono soprattutto giovani ed hanno un elevato coinvolgimento per le serie TV, a cui si associano sintomi psicofisici negativi – come la perdita di controllo – e sintomi depressivi. Risulta quindi di particolare interesse e importanza approfondire tale tematica per coloro che – in sevizi specialistici come SerD e SMI – si prestano a lavorare con adolescenti in un'ottica di prevenzione e cura: recenti studi mostrano come per essi il Binge Watching sia sempre più comune (Starosta et al., 2020; Gavrilà & Pastore, 2020), divenendo per i più giovani anche una pratica quotidiana (Moore, 2015).

Anche se pare prematuro considerare il fenomeno del Binge Watching una vera e propria dipendenza comportamentale (Ahmed, 2017; Swarnali Bose 2019),

numerosi sono i punti di contatto che esso ha con le caratteristiche delle behavioral addictions riconosciute e studiate: vi sono tratti – come perdita di controllo, impulsività e sintomi depressivi – che sono caratteristici dei Binge Watcher (Steins-Loeber et al., 2020) e che sono tipiche anche delle più tradizionali dipendenze comportamentali. Appare di particolare interesse la relazione con il fenomeno dell'Internet Addiction Disorder (IAD): la dipendenza da Internet, come il Binge Watching, è strettamente legata al tema della salute mentale – in particolare ai disturbi d'ansia e depressivi (Carli et al. 2012; Di Lorenzo et al., 2013). Emerge inoltre in letteratura come i Binge Watcher siano più vulnerabili alla dipendenza da Internet e a sintomi simili alla dipendenza da sostanze, come il craving (Flayelle et al., 2020).

Se recenti studi hanno mostrato come l'abuso e la dipendenza da Internet siano strettamente legati al sempre più prolungato tempo di utilizzo della rete (Servidio, 2019; Hassan et al., 2020; Costa & Rebaicini, 2021) – che condurrebbe a una perdita di controllo sull'utilizzo dello strumento e sulla gestione della stessa vita dei soggetti (Cantelmi et al., 2004) – lo stesso è emerso da alcuni studi che hanno indagato il fenomeno del Binge Watching: la gratificazione immediata derivante dalla fruizione di serie TV porterebbe i soggetti a un maggior utilizzo di tale media e a una perdita di controllo di sé (Flayelle et al., 2019a; Walton-Pattison et al., 2018).

Ulteriore elemento che suggerisce un legame tra Binge Watching e dipendenze comportamentali è il profilo di coloro che più si prestano a tale pratica: soggetti con basso autocontrollo e con difficoltà a gestire il proprio tempo, più propensi alla ricerca di sensazioni (Shim & Kim, 2018; Costa & Rebaicini, 2021) e che ricercano gratificazione immediata (Flayelle et al., 2017). La principale motivazione alla base del Binge Watching è infatti la ricerca di relax e di emozioni positive: riempire il proprio tempo libero rilassandosi dopo aver svolto i propri compiti quotidiani (Pittman & Sheehan, 2015; Shim & Kim, 2018; Castro et al., 2019; Starosta et al., 2020), alleviare i propri stati emotivi negativi – solitudine, stress quotidiano, frenesia, stanchezza etc. – o preservare e intensificare le emozioni positive (Reinecke, 2017).

La ricerca

Si è realizzato uno studio quantitativo al fine di verificare la presenza tra gli adolescenti di Binge Watcher problematici e cercare di tracciarne un profilo, da confrontare con quello dei soggetti che fruiscono di serie TV in maniera non pericolosa. Per la sua attuazione è stato somministrato il Binge Watching Engagement

and Symptoms Questionnaire (BWESQ), nella sua versione validata in italiano (Flayelle et al., 2020), preceduto da una scheda socio-demografica. Lo strumento – che consente di distinguere il Binge Watching problematico da un elevato, ma non pericoloso, coinvolgimento – è composto da 40 item suddivisi in 7 sottoscale: Coinvolgimento, Emozioni positive, Mantenimento del piacere, Desiderio/gusto, Binge Watching, Dipendenza e Perdita di controllo. Le prime quattro sottoscale indicano un coinvolgimento non patologico nelle serie TV mentre le ultime tre si riferiscono ad un Binge Watching problematico; un maggior punteggio medio in queste ultime indica quindi maggiori sintomi di Binge Watching problematico.

I questionari sono stati somministrati, per via telematica, a 411 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 19 anni. Nello specifico, sono state coinvolte 24 classi dell'I.T.C.S. Abba Ballini di Brescia così suddivise: 4 classi prime, 5 classi seconde, 7 classi terze, 4 classi quarte e 4 classi quinte.

Contestualmente all'invio del link per la compilazione del questionario, è stato fornito un video di presentazione in cui sono state illustrate modalità e finalità della ricerca.

I questionari raccolti sono stati in totale 411; di questi – per compilazione erronea o dati incoerenti – ne sono stati esclusi 5, mentre ulteriori 30 sono stati eliminati poiché relativi a soggetti che hanno dichiarato di non guardare abitualmente serie TV. In questo modo il campione dello studio è risultato composto da 376 soggetti, con un'età media di 15 anni e formato da 130 maschi e 246 femmine.

Prima di analizzare i dati, mediante il software IBM SPSS Statistics 22.0, è stata verificata la consistenza interna dello strumento, che ha mostrato un'affidabilità ottima, in linea con lo studio di validazione (Flayelle et al., 2020).

I risultati

Dall'analisi dei risultati del BWESQ emerge come solo per 31 soggetti (8,24% del campione) gli effetti negativi del Binge Watching superano quelli positivi. Nella tabella 1, analizzando i punteggi ottenuti considerando le diverse sottoscale, si evidenzia come la media delle sottoscale non problematiche sia maggiore rispetto alla media delle sottoscale problematiche: i fattori positivi superano in media quelli negativi. Nella tabella 2 è mostrata la distribuzione dei punteggi nelle sottoscale problematiche: gli autori del questionario non hanno stabilito un valore di cut-off e si è quindi proceduto a considerare coloro che avessero un punteggio medio – nelle sottoscale problematiche – $\geq 8,00$, corrispondente al 95% percentile dei valori

Tabella 2 – Punteggi BWESQ e sottoscale

	Media campione	Dev.Std.
Totale BWESQ	2,09	0,62
Coinvolgimento	2,03	0,70
Emozioni positive	2,33	0,69
Mantenimento del piacere	2,33	0,85
Desiderio/gusto	2,70	0,87
Sottoscale NON problematiche	2,35	0,68
Binge Watching	2,09	0,74
Dipendenza	1,64	0,63
Perdita di controllo	1,71	0,62
Sottoscale problematiche	1,81	0,60

ottenuti nel campione oggetti dello studio come Binge Watcher problematici.

In questo modo sono stati individuati 43 soggetti Binge Watcher problematici, ed è stato possibile analizzare il loro profilo e confrontarlo con i soggetti che praticano il Binge Watching in forma non pericolosa, come illustrato nella tabella 3.

Dalla comparazione dei profili dei soggetti è di notevole interesse notare come i Binge Watcher problematici – a differenza di chi fa un utilizzo normale delle serie TV – preferiscano nella maggior parte dei casi realizzare una visione in solitaria. Anche genere ed età sono due fattori da considerare: è emerso come le femmine risultino più a rischio di sviluppare forme di Binge Watching problematico, e lo stesso è vero per soggetti minori di 16 anni. Per quanto concerne la modalità principale di fruizione il gruppo senza problematicità si distribuisce in maniera quasi uguale tra dispositivi fissi e mobili, nel gruppo con problematicità invece c'è una netta prevalenza nell'utilizzo di PC portatili e tablet rispetto alla TV. Non sono invece state rilevate differenze significative circa la parteci-

Tabella 3 – Profili soggetti non problematici vs. problematici

Variabile	Gruppo senza problematicità	Gruppo con problematicità
Età media (anni)	15,58	15,14
Classe di età		
<16	155 (84.2%)	29 (15.8%)
>=16	178 (92.7%)	14 (7.3%)
Sesso		
Maschio	124 (95.4%)	6 (4.6%)
Femmina	209 (85.0%)	37 (15%)
Modalità principale di fruizione (tipo di device)		
Fisso	143 (86.7%)	9 (7.7%)
Mobile	190 (90.0%)	34 (13.1%)
Visione in compagnia		
No	269 (87.3%)	39 (12.7%)
Si	64 (94.1%)	4 (5.9%)

Tabella 2 – Punteggio nelle sottoscale problematiche (Binge Watching, dipendenza e perdita di controllo)

Punteggio	Frequenza	Percentuale
3 - 3,99	78	20,7
4 - 4,99	85	22,6
5 - 5,99	75	19,9
6 - 6,99	60	16,0
7 - 7,99	35	9,3
8 - 8,99	25	6,6
9 - 9,99	15	4,0
≥ 10	3	0,8
Tot.	376	100,0

pazione a gruppi extra-scolastici e alla dimensione del comune di residenza.

Dallo studio emerge inoltre una correlazione positiva molto significativa tra le sottoscale del BWESQ riferite al BW non problematico (Coinvolgimento, Emozioni positive, Mantenimento del piacere e Desiderio/gusto) e le sottoscale riferite al BW problematico (Binge Watching, Dipendenza e Perdita di controllo), come indicato nella tabella 4.

A fronte di maggiori benefici determinati dalla visione di serie TV aumentano anche le conseguenze negative che ne derivano, come si deduce inoltre dalla distribuzione dei punteggi delle sottoscale problematiche e non problematiche indicate nel grafico 1.

I Binge Watcher, realizzando delle “abbuffate” di serie TV, si ritrovano in un circolo vizioso per cui provano soddisfazione nella fruizione del prodotto video ma al contempo si sentono tristi e frustrati al termine della stessa: più si fruisce del prodotto più si prova gratificazione, più si prova gratificazione più si guardano serie TV con conseguenti maggiori effetti negativi, che portano a desiderare di farne a meno ma senza perdere il piacere che deriva dalla fruizione. Questo circolo vizioso accresce il rischio di sviluppare comportamenti patologici in età adolescenziale (Calado et al., 2017; Shim et al., 2018; Leonzi et al., 2020).

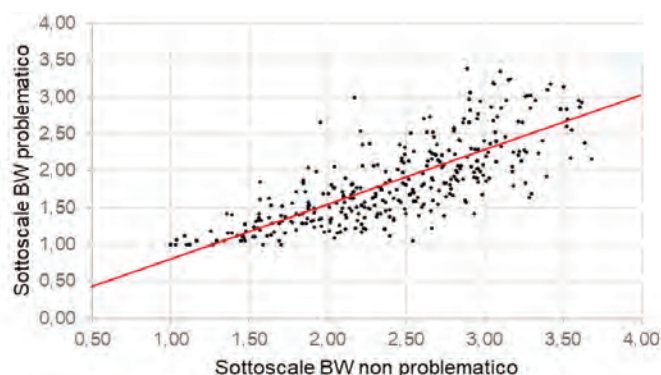
Confrontando questo risultato con le caratteristiche delle dipendenze comportamentali notiamo una stretta similitudine con il fenomeno della tolleranza.

Tabella 4 – Correlazioni sottoscale BWESQ

Varibili	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) Sottoscala Coinvolgimento	1,000									
(2) Sottoscala Emozioni positive	0,688**	1,000								
(3) Sottoscala Mantenimento del piacere	0,487**	0,663**	1,000							
(4) Sottoscala Desiderio/gusto	0,739**	0,650**	0,690**	1,000						
(5) Totale Sottoscale BW non problematico	0,343**	0,552**	0,790**	0,890**	1,000					
(6) Sottoscala Binge Watching	0,744**	0,693**	0,521**	0,548**	0,793**	1,000				
(7) Sottoscala Dipendenza	0,621**	0,499**	0,424**	0,590**	0,656**	0,792**	1,000			
(8) Sottoscala Perdita controllo	0,675**	0,633**	0,288**	0,652**	0,640**	0,752**	0,873**	1,000		
(9) Totale Sottoscale BW problematico	0,760**	0,692**	0,498**	0,711**	0,793**	0,820**	0,879**	0,848**	1,000	
(10) Totale BWESQ	0,333**	0,512**	0,651**	0,580**	0,640**	0,694**	0,793**	0,818**	0,848**	1,000

(*) valori con livello di significatività p<0,05; (**) valori con livello di significatività p<0,01

Grafico 1 – Distribuzione punteggi sottoscale BW problematico e BW non problematico



Conclusioni

Problemi del sonno, stanchezza, procrastinazione di compiti e doveri importanti, riduzione dei contatti sociali, problemi di salute legati all'inattività sono alcune delle conseguenze negative associate al Binge Watching (Granow et al., 2018; Flayelle e Billieux, 2020). Se in letteratura sembra prevalere l'idea secondo cui è prematuro catalogare questo fenomeno come nuova dipendenza comportamentale (Swarnali Bose, 2019), la correlazione lineare tra effetti positivi ed effetti negativi derivanti dalla visione delle serie TV identificata in questo studio porta a tener presente che l'atto di mantenere atteggiamenti sia positivi che negativi verso un'attività – o una sostanza – costituisce una delle caratteristiche cognitive primarie della dipendenza (Shimet al., 2018). Anche il circolo vizioso in cui i Binge Watcher si trovano e la correlazione tra Binge Watching e la perdita della cognizione del tempo e perdita di controllo (Starosta & Izydorczyk, 2020; Gavrilu & Pastore, 2020) alimentano la discussione circa l'appartenenza o meno del fenomeno oggetto di questo studio alla categoria delle dipendenze comportamentali (Flayelle et al., 2020).

Considerati i risultati della ricerca e i potenziali effetti negativi sul benessere degli adolescenti – al fine di consentire ai professionisti della salute di comprendere l'uso che gli adolescenti fanno dei media digitali – risulta fondamentale indagare con successivi studi il fenomeno del Binge Watching e la sua relazione con le dipendenze comportamentali, studiando più approfonditamente gli effetti – anche a lungo termine – sui telespettatori. È infatti vero che il Binge Watching può – specialmente nelle forme che ha assunto durante i periodi di confinamento domestico a causa della pandemia da Sars-CoV-2 (Arendt et al., 2021) – essere compreso tra le diverse forme di abuso/dipendenza da Internet (Mauceri & Di Censi, 2020; Costa & Rebaicini, 2021), come suggerito anche da recenti studi che evidenziano i legami tra questi fenomeni (Flayelle et al., 2019a; Starosta et al., 2019).

Considerata la mancanza di formazione alla narrazione per immagini nei percorsi scolastici (Maurelli, 2019) e la diffusione di serie TV e della pratica del Binge Watching tra gli adolescenti, risulta fondamentale educare i ragazzi a una fruizione consapevole dei prodotti audio-visivi. Non si tratta di mostrare i rischi derivanti da un Binge Watching problematico, ma di coinvolgere attivamente i ragazzi e le ragazze in un percorso creativo ed educativo che li renda consapevoli delle tecniche narrative e di montaggio nascoste dietro ai moderni contenuti cinematografici e seriali: entrare attivamente in contatto con il mondo cinema è un ottimo modo per formare alla narrazione per immagini e all'uso consapevole delle tecnologie e per educare ad affrontare il sentimento di vergogna e profonda inadeguatezza che spesso porta gli adolescenti a chiudersi in camera davanti ad uno schermo o a ritirarsi socialmente (Pietropolli Charmet, 2005).

Bibliografia

- Aghababian, A.H., Sadler, J.R., Jansen, E., Thapaliya, G., Smith, K.R. and Carnell, S. (2021). Binge Watching during COVID-19: Associations with Stress and Body Weight. *Nutrients*, 13, 3418. DOI:10.3390/nu13103418
- Ahmed, A. (2017). A New Era of TV-Watching Behavior: Binge Watching and its Psychological Effects. *Media Watch*, 8: 192–207. DOI: 10.15655/mw/2017/v8i2/49006.
- Arend, A., Blechert, J., Pannicke, B. and Reichenberger, J. (2021). Increased Screen Use on Days With Increased Perceived COVID-19-Related Confinements – A Day Level Ecological Momentary Assessment Study. *Frontiers in Public Health*, 8: 623205. DOI: 10.3389/fpubh.2020.623205
- Boursier, V., Musetti, A., Gioia, F., Flayelle, M., Billieux, J. and Schimmenti, A. (2021). Is Watching TV Series an Adaptive Coping Strategy During the COVID-19 Pandemic? *Insights From an Italian Community Sample. Frontiers in Psychiatry*, 12: 599859. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.599859
- Calado, F., Alexandre, J. and Griffiths, M.D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 33: 397–424. DOI: 10.1007/s10899-016-9627-5.
- Cantelmi, T., Lambiase, E., e Sessa, A. (2004). Le dipendenze comportamentali. *Psicobiettivo*, (2004/2). DOI: 10.1400/64163.
- Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven CW, Brunner R and Kaess M (2012). The association between Pathological Internet Use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology* 46, 1-13. DOI: 10.1159/000337971.
- Castro, D., Rigby, J.M., Cabral, D. and Nisi, V. (2019). The binge-watcher's journey: Investigating motivations, contexts, and affective states surrounding Netflix viewing. *Convergence*, 27 (1): 3–20. DOI: 10.1177/1354856519890856.
- Costa, A. e Rebaicini, A. (2021). Dipendenza da Internet e sensationseeking negli adolescenti: uno studio descrittivo [Internet dependency and sensationseeking among adole-

- scents: a descriptive study]. *Psicologia della Salute*, 2, 54-75. DOI: 10.3280/PDS2021-002005.
- Di Lorenzo M., Lancini M., Suttora C. e Zanella T.M. (2013). *Dipendenza da internet in ado-lescenza tra normalità e psicopatologia: uno studio italiano*. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32 (2): 101-134.
- Flayelle, M., Maurage, P. and Billieux, J. (2017). *Toward a qualitative understanding of binge-watching behaviours: A focus group approach*. *Journal of Behavioral Addictions*, 6 (4): 457-471. DOI: 10.1556/2006.6.2017.060.
- Flayelle, M.; Canale, N.; Vögele, C.; Karila, L.; Maurage, P.; Billieux, J. (2019a) *Assessing binge-watching behaviours: Development and validation of the "Watching TV Series Motives" and "Binge-Watching Engagement and Symptoms" questionnaires*. *Computers in Human Behavior*, 90: 26-36. DOI: 10.1016/j.chb.2018.08.022.
- Flayelle, M., Maurage, P., Karila, L., Vögele, C. and Billieux, J. (2019b). *Overcoming the unitary exploration of binge-watching: A cluster analytical approach*. *Journal of Behavioral Addictions*, 8 (3): 586-602. DOI: 10.1556/2006.8.2019.53.
- Flayelle, M., Castro-Calvo, J., Vögele, C., Astur, R., Ballester-Arnal, R., Challet-Bouju, G., Brand, M., Cárdenas, G., Devos, G., Elkholy, H., Grall-Bronnec, M., James, R.J.E., Jiménez-Martinez, M., Khazaal, Y., Valizadeh-Haghi, S., King, D.L., Liu, Y., Lochner, C. and Billieux, J. (2020). *Towards a cross-cultural assessment of binge-watching: Psychometric evaluation of the "watching TV series motives" and "binge-watching engagement and symptoms" questionnaires across nine languages*. *Computers in Human Behavior*, 111: 106410. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106410.
- Gavrila, M. e Pastore, S. (2020). *Le vie dell'immaginario. Il video streaming tra sorgente identitaria e nuove dipendenze*. [Ways of imagination. Video streaming between identity source and new addictions]. In Mauceri, S. e Di Censi, L. (a cura di). *Adolescenti iperconnessi: un'indagine sui rischi di dipendenza da tecnologie e media digitali [Hyper-connected adolescents: a survey on the risks of addiction to technologies and digital media]*, Roma: Armando, pp. 115-142.
- Granow, V.C., Reinecke, L., Ziegele, M. (2018) *Binge-Watching and Psychological Well-Being: Media Use Between Lack of Control and Perceived Autonomy In Communication Research Reports* DOI: 10.1080/08824096.2018.1525347
- Hassan T., Alam M.M., Wahab A. and Hawlader M.D. (2020). *Prevalence and associated factors of internet addiction among young adults in Bangladesh*. *J. Egypt. Public. Health. Assoc.* 95 (3): 1-8. DOI: 10.1186/s42506-019-0032-7
- ISS. (2023). *Dipendenze comportamentali nella Generazione Z. Survey nella popolazione scolastica per lo sviluppo di politiche di prevenzione*. <https://www.iss.it/documents/20126/0/165D23-Ps%20Scheda%20informativa.pdf/b1def13a-bb3b-4103-8275-2bd5d917fcd9>
- Lancini, M. e Salvi, A. (2018). *Gli adolescenti a scuola all'epoca di internet e del narcisismo*. [Teenagers at school in the age of Internet and narcissism]. *Ricercazione*, 10 (2): 65-77. DOI: 10.32076/RA10205.
- Leonzi, S., Ciofalo, G. e Cavagnuolo, M. (2020). *Internet Addiction: il labile confine tra uso, abuso e dipendenza*. [Internet Addiction: the blurred boundary between use, abuse and addiction]. In Mauceri, S. e Di Censi, L. (a cura di). *Adolescenti iperconnessi: un'indagine sui rischi di dipendenza da tecnologie e media digitali [Hyper-connected adolescents: a survey on the risks of addiction to technologies and digital media]*, Roma: Armando, pp. 42-61.
- Mauceri, S. e Di Censi, L. (2020). *Analisi integrata dei rischi di dipendenza da tecnologie e media digitali*. [Integrated analysis of the risks of addiction to technologies and digital media]. In Mauceri, S. e Di Censi, L. (a cura di). *Adolescenti iperconnessi: un'indagine sui rischi di dipendenza da tecnologie e media digitali [Hyper-connected adolescents: a survey on the risks of addiction to technologies and digital media]*, Roma: Armando, pp. 143-159.
- Mascheroni, G. and Ólafsson, K. (2018). *Accesso, usi, rischi e opportunità di internet per i ragazzi italiani. I primi risultati di EU Kids Online 2017*. [Internet access, uses, risks and opportunities for Italian children. The first results of EU Kids Online 2017]. *EU Kids Online e OssCom*.
- Maurelli, C. (2019) *Video partecipativo. Fare cinema come strumento educativo: il metodo PPCODE*. Roma, Dino Audino.
- Merikivi, J., Bragge, J., Scornavacca, E. and Verhagen, T. (2019). *Binge-watching Serialized Video Content: A Transdisciplinary Review*. *Television & New Media*, 1-15. DOI: 10.1177/1527476419848578.
- Ojer, T., Capapè, E. (2013). *Netflix: A New Business Model in the Distribution of Audiovisual Content*. *Journalism and Mass Communication*, 3 (9): 575-584.
- Pescatore, G. (a cura di) (2018). *Ecosistemi narrativi. Dal fumetto alle serie TV*. [Narrative ecosystems. From comics to TV series]. Roma: Carocci.
- Pietropolli Charmet, G. (2005) *Adolescenza - Istruzioni per l'uso*. Milano, Fabbri Editori.
- Pittman, M. and Sheehan, K. (2015). *Sprinting a media marathon: Uses and gratifications of binge-watching television through Netflix*. *First Monday*, 20 (10). DOI: 10.5210/fm.v20i10.6138.
- Raza, S.H., Yousaf, M., Sohail, F., Munawar, R., Ogadimma, E.C. and Lim Dao Siang, L.M. (2021). *Investigating Binge-Watching Adverse Mental Health Outcomes During Covid-19 Pandemic: Moderating Role of Screen Time for Web Series Using Online Streaming*. *Psychology Research and Behavior Management*, 14: 1615-1629. DOI: 10.2147/PRBM.S328416.
- Reinecke, L. (2017). *Mood management*. In Rössler, P. (Ed.), *The International Encyclopedia of Media Effects*, New York, NY: Wiley-Blackwell, pp. 1271-1284.
- Rossini, G. (2016). *Le serie TV*. [TV series]. Bologna: Il Mulino.
- Servidio R. (2019). *A Discriminant Analysis to Predict the Impact of Personality Traits, Self-esteem, and Time Spent Online on Different Levels of Internet Addiction Risk among University Students*. *Studia Psychologica*, 61 (1): 56-70. DOI: 10.21909/sp.2019.01.772
- Shim, H. and Kim, J.K. (2018). *An exploration of the motivations for binge-watching and the role of individual differences*. *Computers in Human Behavior*, 82: 94-100. DOI: 10.1016/j.chb.2017.12.032.
- Shim, H., Lim, S., Jung, E.E. and Shin, E. (2018). *I hate binge-watching but I can't help doing it: the moderating effect of immediate gratification and need for cognition on binge-watching attitude-behavior relation*. *Telematics and Informatics*, 35 (7): 1971-1979. DOI: 10.1016/j.tele.2018.07.001.
- Starosta, J.; Izydorczyk, B.; Lizi czyk, S. (2019). *Characteristics of people's binge-watching behavior in the "entering into early adulthood" period of life*. *Health Psychology Report*, 7(2): 149-164. DOI: <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.83025>
- Starosta, J. and Izydorczyk, B. (2020). *Understanding the*

Phenomenon of Binge-Watching—A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health, 17: 4469 DOI:10.3390/ijerph17124469.

Starosta, J., Izydorczyk, B. and Dobrowolska, M. (2020). *Personality Traits and Motivation as Factors Associated with Symptoms of Problematic Binge-Watching. Sustainability*, 12: 5810. DOI:10.3390/su12145810.

Starosta, J., Izydorczyk, B. and Wontorczyk, A. (2021). *Anxiety-Depressive Syndrome and Binge-Watching Among Young Adults. Frontiers in Psychology*, 12: 689944. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.689944.

Steins-Loeber, S., Reiter, T., Aeverbeck, H., Harbarth, L. and Brand, M. (2020). *Binge-Watching Behaviour: The Role of Impulsivity and Depressive Symptoms. European Addiction Research*, 26: 141–150. DOI: 10.1159/000506307.

Swarnali Bose, S.U. (2019). *Binge-Watching: A Matter of Concern? Indian Journal of Psychological Medicine*, 41 (2): 182-184.

Walton-Pattison, E.; Dombrowski, S.U.; Presseau, J. (2018) *'Just one more episode': Frequency and theoretical correlates of television binge-watching. Journal of health psychology*, 23: 17–24. DOI: 10.1177/1359105316643379.

PROPOSTA DI PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO DELLA SEX ADDICTION NEI SERDP

**Gariboldi S.*^[1], Branchi B.^[1], Guareschi E.^[1],
Merli G.^[1], Marzolini F.^[1], Leccacorvi F.^[1],
Mozzani M.^[2], Pellegrini P.^[3]**

^[1]SerDP Fidenza, AUSL Parma - Fidenza (Parma) ~
Italy,

^[2]UOC SMA-DP - Fidenza (PR) - Italy, ^[3]DAISM-DP -
Parma - Italy

Sottotitolo: Revisione della letteratura e analisi della
sostenibilità dei modelli presentati per i servizi

Testo Abstract

Premessa

La "Sex Addiction" è un termine che ha avuto la sua prima apparizione all'interno della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III pubblicata nel 1987) come descrittore specifico all'interno della più generale categoria dei Disturbi Sessuali Non Altrimenti Specificati (APA, 1987). Comprende un insieme di condizioni psicopatologiche caratterizzate da pensieri e fantasie sessuali intrusive associate a perdita di controllo sui comportamenti sessuali. Storicamente le prime osservazioni scientifiche sulla dipendenza da sesso risalgono al contributo dello psichiatra austriaco Von Krafft-Ebing che sottolineò la centralità del desiderio sessuale nella vita sociale, emotiva e cognitiva del soggetto dipendente. Lo psichiatra americano Carnes definì in modo maggiormente esaustivo il dipendente sessuale come un soggetto "che sostituisce una sana relazione con gli altri con una relazione malata con un oggetto o un comportamento". Il DSM-5 non riconosce la diagnosi di disturbo da dipendenza sessuale, e attualmente il dibattito sull'inquadramento diagnostico è ancora attivo nella letteratura.

Presenza in carico e trattamento della sex addiction nei SerDP

Ad oggi, i pazienti affetti da Sex Addiction possono essere presi in carico e trattati presso i SerDP; i servizi territoriali si stanno, infatti, attrezzando per offrire un

percorso terapeutico - riabilitativo individualizzato che possa essere praticabile nel modello trattamentale delle Dipendenze Patologiche. Il SerDP di Fidenza ha svolto nel I semestre 2023 una ricerca e studio dei modelli di trattamento presenti in letteratura, soprattutto di matrice americana. Il trattamento della dipendenza sessuale predilige un approccio multimodale costituito da: interventi psicoeducativi, psicoterapia individuale e/o di gruppo, invio a gruppi di auto-aiuto, terapie farmacologiche. L'obiettivo del trattamento è il ripristino di un'attività sessuale sana e il recupero di uno stile di vita equilibrato in un lavoro sulla consapevolezza delle dinamiche che hanno innescato e alimentato la dipendenza sessuale. Gli approcci psicologici e i modelli teorici ai quali i percorsi terapeutici fanno riferimento sono molteplici e portatori di proprie specificità; alcuni modelli trattamentali sono riconducibili ad un preciso approccio psicologico, altri invece prediligono una forma integrata. Tra i modelli ascrivibili all'area cognitivo comportamentale ritroviamo: l'Act - Acceptance and Commitment Therapy (Levin, Hildebrandt, Lillis J. & Hayes 2012), la Prolonged Exposure Therapy (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock 2019), la Seeking Safety (Navajavits 1998) e il Comprehensive Treatment Of Sexually Compulsive Behavior (Stephen Southern 2018). Il primo è un modello rimodulato da diversi autori nel corso del tempo, a partire dal 2009, e fondato sui concetti di acceptance e commitment. Tale trattamento si pone l'obiettivo di prendere in considerazione gli eventi mentali senza focalizzarsi sui loro contenuti o la tendenza a controllarne le relative reazioni emotive, incoraggiando i pazienti a osservare in maniera distanziata e ad accettare i pensieri e le emozioni che causano sofferenza senza reagire ad essi, mutando - di fatto - la relazione con i sintomi. La Prolonged Exposure Therapy (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock 2019) è centrata sul trauma e aiuta il paziente ad identificare e modificare i pattern distorti di pensiero riguardanti sé stesso e l'evento traumatico vissuto. Stesso tema viene ripreso dalla Seeking Safety (Navajavits 1998) anche se con un approccio differente: tale modello, infatti, non prevede l'elaborazione del ricordo traumatico, ma promuove l'acquisizione di competenze utili alla gestione dei ricordi traumatici e della dipendenza. Il Comprehensive Treatment Of Sexually Compulsive Behavior (Stephen Southern 2018) punta invece a facilitare gli aspetti legati alla guarigione implementando il cambiamento nel paziente attraverso la ricostruzione del sé e dei sistemi familiari.

Sono ascrivibili, invece, ad un modello integrato, il Modello di Goodman (2001) che racchiude approcci

farmacoterapeutici, comportamentali e psicodinamici, partendo dalla modulazione iniziale del comportamento per poi passare alla stabilizzazione di quest'ultimo, intervenendo, infine, sugli aspetti legati alla personalità. Abbiamo poi l'Eye Movement Desensitization And Reprocessing EMDR (Shapiro 2001), metodo psicoterapico breve che fonda le sue basi su elementi teorici propri della scuola psicodinamica e cognitivo comportamentale per il trattamento delle condizioni di disagio emotivo e stress legati a eventi traumatici passati, cause attuali di stress o pensieri preoccupanti legati al futuro. Il modello dell'EMDR riconosce la componente fisiologica delle difficoltà emotive. Durante il trattamento il terapeuta guida il paziente nella descrizione dell'evento o dell'aspetto disfunzionale, aiutandolo ad individuare gli elementi particolarmente disturbanti e ad elaborarli attraverso movimenti guidati degli occhi, o altre stimolazioni bilaterali degli emisferi cerebrali. L'obiettivo è l'elaborazione rapida delle informazioni relative all'esperienza negativa da parte del paziente, fino ad una sua risoluzione adattiva. La Mentalization-Based Therapy - Mbt (Peter Fonagy e Anthony Bateman 2010) invece è un trattamento psicodinamico, cognitivo comportamentale e sistemico radicato nell'attaccamento e nella teoria cognitiva che mira a rafforzare la capacità dei pazienti di comprendere i propri stati mentali e quelli degli altri nei contesti di attaccamento, al fine di affrontare le loro difficoltà nelle sfere dell'affettività, regolazione degli impulsi e funzionamento interpersonale. Con il termine mentalizzazione si fa riferimento ad una attività mentale immaginativa, attraverso cui si interpreta il comportamento umano in termini di stati mentali quali bisogni, desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni. La Schema Therapy (Young, Klosko & Wheishaar 2007) è un modello di terapia che integra elementi del modello cognitivo comportamentale, della Gestalt e della Teoria dell'Attaccamento. Si basa sull'esplorazione delle esperienze infantili e adolescenziali dalle quali originano secondo questa teoria, i problemi psichici del paziente. Lo scopo è quello di identificare i bisogni emotivi fondamentali che non sono stati soddisfatti dai caregiver. L'Internal Family Systems Therapy (Schwartz 1990) parte invece dal presupposto che la mente funzioni come un'unità familiare nella quale non è presente una personalità unica, ma una quantità indeterminata di sub personalità che sono supervisionate da un'entità centrale che le governa, nota come il "Sé". Questa terapia si basa su un modello che incorpora il pensiero sistemico ed evidenzia che ogni parte assume un ruolo diverso che definisce il mondo interiore del paziente.

Nell'area prettamente di matrice cognitiva ritroviamo l'Attention Training Technique (Wells 1990) e la Terapia Dell'elaborazione Cognitiva (Patricia A. Resick, Ph.D. and Candice M. Monson, Ph.D. 2014). La prima consiste in una tecnica metacognitiva utile per modificare i processi di pensiero bloccati all'interno di pattern di pensiero disfunzionali, con lo scopo di potenziare i processi metacognitivi di autoregolazione e di evitare stili maladattivi che impediscono l'elaborazione emotiva sana, mentre la seconda un trattamento prevalentemente cognitivo per individui con PTSD e sintomatologia correlata e consiste in 12 sessioni settimanali erogate in gruppo, in modo individuale o combinando le due possibilità rivolta in origine ai Veterani.

In tema di Sex Addiction assumono un ruolo di rilevanza anche gli interventi di carattere psicoeducativo: la Cybersex Therapy (Hardy et al. 2010) è un modello di recupero on line che include esercizi e assegnazione di compiti a casa volti a: identificare i contenuti della propria dipendenza, ristrutturare credenze disadattive relative all'uso problematico della pornografia, mettere in atto strategie per la regolazione delle emozioni e investire/rafforzare le relazioni, delineandosi come un approccio terapeutico cognitivo comportamentale. Particolarmente rilevante, rispetto a questo trattamento, il contributo di Carnes che nel 2001 distinse tra cambiamenti di primo ordine – ovvero azioni concrete mirate alla riduzione del problema e delle conseguenze negative – e cambiamenti di secondo ordine che mirano a ridurre l'accesso del soggetto ai dispositivi on line e ad accrescere la consapevolezza del problema nel paziente. Lo stesso autore in precedenza (1983) elaborò un Trattamento Basato Sulle Competenze Incentrato Sulle Attività, suddiviso in fasi e volto a ripercorrere la storia sessuale del paziente per vagliare tutti i possibili aspetti del comportamento problematico, comprendendo i significati della malattia e intervenendo nel processo ciclico compulsivo e il 30 Model Task (Carnes 2005), un modello basato su 30 attività: un percorso della durata di 5 anni che si è dimostrato efficace per ottenere un recupero a lungo termine. Ogni competenza è contrassegnata da un'attività di recupero ed espletando i compiti indicati il soggetto con dipendenza apprende le abilità per vivere nella sobrietà a lungo termine. L'Arte terapia (Wilson 2003) aiuta a superare grazie all'intervento psicoeducativo, il senso di vergogna, che contraddistingue molti pazienti affetti da dipendenza, ed è finalizzata a far comprendere, attraverso la creatività, la natura della malattia della dipendenza, infondendo sicurezza nell'individuo, lavorando sulla negazione e promuovendo il suo processo di recupero. Appositamente pensato per soggetti

con comportamento sessuale fuori controllo (OCSB) è la Deliberative Decision Making (Doug Braun-Harvey E Michael Vigorito 2015), ossia un approccio terapeutico basato sulla salute sessuale che affronta temi quali: il consenso, l'onestà, il piacere reciproco, l'autoregolamentazione e la sicurezza da malattie sessualmente trasmissibili, sfruttamento e violenza.

Nel panorama trattamentale anche i gruppi di autoaiuto costituiscono una preziosa possibilità; uno di quelli maggiormente conosciuto è quello dei 12 Passi. Nato come percorso destinato agli alcolisti è stato ripreso da Carnes e adattato al tema della perdita della relazione in un contesto di cybersesso. Aiuta il paziente a riconoscere la propria impotenza di fronte alla propria dipendenza, acquistando coscienza della propria malattia, consentendo di superare visioni moralistiche del fenomeno, per non essere più bloccati dal senso di colpa e dalla perdita di autostima.

La Mindfulness costituisce un metodo di consapevolezza e introspezione che implica un tentativo consapevole di focalizzare intensamente l'attenzione sul momento presente, annotando pensieri, sentimenti, percezioni, immagini e sensazioni senza giudicarli, parteciparvi o agire su di essi. È l'osservazione dei contenuti della nostra mente mentre appaiono e scompaiono senza reagire ad essi.

In ultimo, il Trattamento farmacologico si avvale invece di farmaci in grado di stabilizzare l'umore, ridurre l'ansia; gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono considerati il trattamento principale per la dipendenza sessuale. Il Naltrexone, usato per trattare la dipendenza da alcol e oppioidi, ha dimostrato di essere utile nel trattamento della dipendenza dal gioco e può essere utile per la dipendenza dal sesso.

Conclusioni

La revisione della letteratura impone all'interno dei servizi un'attenta riflessione rispetto alle proposte trattamentali da proporre ai pazienti; la dipendenza sessuale richiede di essere affrontata nella sua complessità attraverso un approccio multimodale, che preveda l'impiego di interventi combinati fra loro in base a quanto emerso dall'analisi della domanda dell'interessato e la sostenibilità dei servizi. L'obiettivo finale è certamente quello di aiutare il paziente a stabilire una sana capacità di intimità con sé stesso e con gli altri attraverso l'acquisizione di strumenti e abilità utili a gestire criticità o eventuali ricadute. Il percorso deve necessariamente essere graduale e prevedere

obiettivi a breve, medio e lungo termine. Inoltre va considerato il peculiare setting dei servizi e la disponibilità di equipe trattamentali dedicate. Quindi approcci psicoeducazionali, cognitivo comportamentali e farmacologiche appaiono essere gli interventi maggiormente percorribili attraverso i servizi delle dipendenze patologiche.

Bibliografia

F. Anderson, M. Sweezy, R. Schwartz, *Manuale di formazione sulle abilità dei sistemi familiari interni: trattamento informato sul trauma per ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico e abuso di sostanze*, 2017.

L. Barrale, L. Sideli, *La sex addiction*, 2008.

B. Basile e R. Calzoni, *La Schema Therapy: Un approccio cognitivo orientato alle emozioni e ai ricordi infantili*.

P. J. Carnes, *Compiti di recupero dalla dipendenza sessuale. Tasks of Sexual Addiction Recovery*, 2005.

P. J. Carnes, *Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment and recovery*, 2000.

A., Cismaru-Inescu, R., Andrienne, J., Triffaux, 2013., *Virtual reality as a complementary therapy to sexual addiction treatment*.

D. Dettore, *Cybersex: Caratteristiche E Trattamento Della Compulsività/Dipendenza Sessuale Online*, Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Firenze, 2021.

N. Daddaoua, H. P Jedema, C. W Bradberry, *Il processo decisionale deliberativo nei macachi rimuove il vigore della risposta guidata dalla ricompensa*, 2021.

E., Foa, Hembree, EA, Rothbaum, BO e Rauch, *Terapia dell'esposizione prolungata per PTSD: elaborazione emotiva delle esperienze traumatiche - Guida del terapeuta (2a ed.)*. Oxford University Press, USA, 2019.

J. Fraumeni-Mc Bride, *Addiction and mindfulness; pornography addiction and mindfulness-based therapy (ACT) in Sexual Addiction & Compulsivity*, 2019.

A., Goodman, *La dipendenza dal sesso. Medicina delle Tossicodipendenze*, 30: 26-7, 2001.

M.E Levin., Hildebrandt M.J., Lillis J. & Hayes S.C. (2012), *The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies (pagg.741-756)*.

C. A. Malchiodi, *Handbook of Art Therapy*, Edited The Guilford Press, 2003.

L. M. Najavits, *Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse (Handouts)*, 2002.

L. M. Najavits, R.D. Weiss, S.R. Shaw, L.R. Muenz, "Seeking

safety”: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *J Trauma Stress*.11(3):437-56, 1998.

P. A. Resick, Ph.D. and Candice M. Monson, *Cognitive Processing Therapy Veteran/Military Version: Therapist and Patient Materials Manual*, Ph.D. Duke University Ryerson University & Kathleen M. Chard, Ph.D. Cincinnati VA Medical Center and University of Cincinnati, 2014.

V. Scagliusi, *MBT - la terapia basata sulla mentalizzazione: aspetti pratici Formazione clinica GDP, Bologna, 2013.*

F. Shapiro, *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (second ed.)*. New York: Guilford Press, procedures (second ed.). New York: Guilford Press, 2001.

L. Sideli, L. Barrale, *La sex addiction in “Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze “senza droga”, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Palermo, 2008.*

S. Southern, *Comprehensive Treatment of Sexually Compulsive Behavior*, 2018.

F. Tripodi, M. Giuliani, I. Petruccelli, C. Simonelli, *Sexual addiction theory, causes and therapy*, 2012.

A. Wells, *Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. Behaviortherapy*, 1990.

J., Wéry., Billieux, *Addictive Behaviors, Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. Laboratory for Experimental Psychopathology, Psychological Sciences Research Institute, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgiu, 2017.*

Sitografia

<https://www.schematherapycenter.org/trattamento-del-ptsd-un-confronto-tra-esposizione-immaginativa-con-e-senza-limagery-rescripting/>

<https://positivepsychology.com/internal-family-systems-therapy/>

<https://www.alcolistianonimiitalia.it/cose-aa/aa-programma/>

https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2009.09040539?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

https://www.disputer.unich.it/sites/st13/files/mbt_2017.ppt

[spirituality-special-interest-group-publications-kishore-chandiramani-mindfulness-meditation-treatment-of-sexual-](http://www.spirituality-special-interest-group-publications-kishore-chandiramani-mindfulness-meditation-treatment-of-sexual-)

<http://www.psicoterapia-cognitiva.it/mindfulness-vs-addiction-limpiego-della-mindfulness-nel-trattamento-per-dipendenze-comportamentali-e-da-sostanze/>

7.18

SCREENING: DUE DOMANDE SUL GIOCO

Sonia Zucchi^[1], Elena Manganaro^[1], P. Donadoni^[1],
M. Riglietta^[1]

^[1]ASST Papa Giovanni XXIII, UOC Dipendenze, SerD
Bergamo - Bergamo - Italy

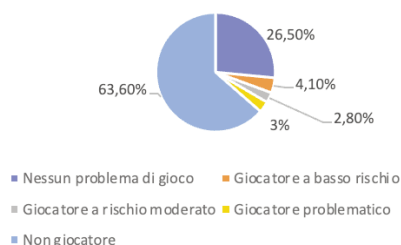
Premessa

Intercettazione precoce: questo l'obiettivo primario che si pongono i vari Piani GAP.

Ci chiediamo: qual è la **diffusione del gioco problematico** nella totalità della popolazione?

L'Istituto Superiore di Sanità a cavallo tra il 2018 e il 2019 ha svolto uno studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale¹, attraverso 12.000 interviste face-to-face al domicilio a un campione rappresentativo della popolazione. Lo studio ha consentito di stimare in 18.450.000 gli italiani giocatori d'azzardo (36% della popolazione); gioca il 44% dei maschi e il 30% delle femmine. La media italiana dei giocatori minorenni invece, sarebbe il 29,2%. Ricordiamo che i minorenni non dovrebbero giocare in assoluto. La ricerca poi individua nella percentuale del 3% (dei giocatori adulti), la fascia di coloro che giocano in modo problematico. Il 2,8% di essi invece presenta un rischio moderato, il 4,1% basso.

Adulti (18 anni e più): prevalenza percentuale dei profili di rischio del giocatore d'azzardo secondo il PGSI



Il grafico raffigura la ricorrenza del fenomeno nella popolazione italiana maggiorenne. Come già affermato, in base alle stime effettuate, i giocatori a rischio sarebbero 3.400.000 (2.000.000 a basso rischio + 1.400.000 a rischio moderato), i giocatori problematici sarebbero 1.500.000.

Ci si chiede a questo punto **se tutti gli individui**

abbiano la stessa percezione della realtà del gioco d'azzardo.

Nel 2016 il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato una ricerca di scala nazionale sulla percezione del gioco d'azzardo, intervistando 3.000 italiani ultra15enni². La ricerca ha indagato la pratica dei giochi d'azzardo e la problematicità connessa a questo comportamento.

Oltre la metà degli intervistati **non** ha definito come giochi d'azzardo i Gratta e Vinci, il Totocalcio, il lotto e il SuperEnalotto, senza differenze rilevanti per classi di età e area geografica. I giocatori (intesi come chi ha praticato almeno un gioco nell'ultimo anno) sono risultati il 50% del campione. Si potrebbero aggiungere altre annotazioni, ma ciò che qui interessa sottolineare è che **la popolazione non ha una percezione chiara di che cosa sia esattamente il gioco d'azzardo.**

Date queste premesse il SerD di Bergamo ha inteso verificare la presenza di giocatori problematici all'interno della popolazione al fine di intercettare precocemente l'affacciarsi del problema attraverso un'attività di **screening**.

Si sono presi in considerazione due ambiti differenti:

- quelli che definiremo i "contesti di cura" (sale di aspetto riservate agli utenti di servizi destinati ai vari membri della famiglia)
- un ambito educativo-scolastico.

Strumento utilizzato: LIE BET TEST³, test formulato nel 1997 da Johnson e al.

Di seguito le due domande del test.

1) *Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?* SI NO

2) *Hai mai dovuto mentire su quanto giochi alle persone a te vicine?* SI NO

Gli autori hanno evidenziato i criteri che con maggiore frequenza predittiva ci parlano di un problema di gioco a rischio o patologico e che aiuti a riflettere le persone sulle modalità di gioco, in particolare l'aumento della quantità di denaro giocata e la necessità di mentire sulla propria attività di gioco alle persone care. Questi due elementi presenti nel test sono spesso collegati tra di loro e, seppur non indichino la distinzione tra un gioco problematico e uno patologico, pongono l'attenzione sulla presenza di un comportamento a rischio che merita di essere intercettato precocemente. Dunque lo scopo di questo strumento, che non ha fini diagnostici (si ricorda che sono necessari almeno 5 criteri positivi del DSM V per porre diagnosi), è quello di essere adatto per attività di screening, considerata anche la velocità di compilazione (1 minuto auto-somministrato).

Consapevoli del fatto che parlare in generale di Gioco

non definisce i medesimi contenuti per le persone, al fine di permettere una migliore comprensione all'interlocutore, si è aggiunta al test una breve introduzione che indica quali siano i giochi a cui si fa riferimento.

Dove si è svolto lo screening.

I contesti di cura. La sede del SerD di Bergamo è collocata all'interno della **Casa della comunità**. Accanto ad essa, tra gli altri, coesistono il Consultorio Familiare, il servizio disabilità per gli adulti e i servizi destinati a persone fragili (fornitura di protesi o presidi sanitari).

Nelle sale di attesa dei Servizi è stata posizionata una scatola in cui volontariamente gli astanti possono inserire il breve questionario compilato e, successivamente, prendere il foglietto in cui sono indicate le informazioni per accedere al Servizio Dipendenze.

In questa sede forniremo i risultati iniziali dello screening effettuato nella sala di aspetto del Consultorio Familiare compilate da donne in attesa di sottoporsi al pap test o altro servizio, tutte di età compresa tra i 19 e i 70 anni.

Ambito scolastico. Su un piano totalmente diverso, invece, al Centro Provinciale di Istruzione per Adulti (CPIA) di via Federico Ozanam di Bergamo hanno risposto alle stesse domande persone straniere tra i 16 e i 49 anni. La compilazione è avvenuta online. Le docenti, infatti, coinvolte nel progetto, hanno costruito un apposito modulo Google.

I dati ad oggi raccolti:

- **consultorio familiare.** Da Aprile 2023 sino a luglio 2023. Su 48 questionari somministrati a sole donne ne risultano 5 con almeno una risposta positiva. Pertanto, **il 10,41% potrebbe essere un giocatore problematico o a rischio.**

- **CPIA (Centri Provinciali Istruzione per Adulti) di Bergamo.** Su 49 questionari raccolti ne risultano 15 con almeno una risposta positiva. Pertanto, **il 30,61% potrebbe essere un giocatore problematico.**

Considerazioni

Confrontando i risultati raccolti con le percentuali della ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità ci rendiamo conto che i dati riscontrati al Consultorio rispecchiano quelli a livello nazionale (circa il 10% di persone con un gioco problematico o a rischio). Molto più elevata invece la percentuale di persone potenzialmente gravate da problemi legati al gioco per quanto riguarda il Cpia. Vale la pena riflettere sul fatto che la popolazione considerata presso la scuola è formata da giovani stranieri, ancora in fase di integrazione, che

dispongono di limitati strumenti di comprensione, soprattutto per quanto riguarda l'uso del denaro e le abilità logico- matematiche.

Conclusioni

A breve l'attività di screening sarà implementata anche in altri ambiti del Servizio Dipendenze, negli spazi di ambulatorio monitoraggio tossicologico e in quello delle terapie farmacologiche. Sarà inoltre estesa nei centri psico sociali dell'Azienda ospedaliera.

L'attività di Screening, pur semplice e temporanea, permette di coinvolgere operatori di altri Servizi, favorendo processi di conoscenza e collaborazione. Inoltre, la presenza dei questionari nelle sale di attesa e dei relativi manifesti ha permesso di diffondere l'attenzione **sull'esistenza del Servizio Dipendenze**, di rendere visibile all'esterno il materiale informativo del Servizio e di potenziare l'attività di intercettazione precoce.

Note:

¹ ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*, rapporti ISTISAN 19/28, Roma 2019

² Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5)

³ Johnson E. E., Hamer R. N., Nora R., Tan B., Eisenstein N., Engelhart C. (1997) The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.

Bibliografia

D. Capitanucci, T. Carlevaro, *"Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo da gioco d'azzardo patologico"*, Ed. Hans Dubois, Bellinzona 2004.

ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*, rapporti ISTISAN 19/28, Roma 2019

ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65*, Roma 2018 Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997); Johnson EE, Hamer R, Nora RM "Lie/bet Questionnaire" (1998).

Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5).

Sitografia

<https://www.ordineaslombardia.it/wp-content/uploads/2021/11/CROAS-Lombardia-2%C2%B0-report-anziani-gioco-dazzardo-e-alcol.pdf>

<http://www.andinrete.it/portale/>

Area tematica 8 TABAGISMO TRATTAMENTO, COMORBILITÀ E RIDUZIONE DEL DANNO

8.1

TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO: L'APPROCCIO DEL CENTRO ANTIFUMO DELLA ASL NAPOLI 3SUD

Perillo A.*^[1], Cassese F.^[1], Ambrosino M.^[1]

^[1]Centro Antifumo Pomigliano ASL Na 3Sud ~ Pomigliano d'Arco ~ Italy

Sottotitolo: In questo lavoro si desidera preliminarmente sensibilizzare i colleghi impegnati nella cura delle dipendenze patologiche a non dimenticare che anche il tabagismo è classificato come addiction, e dunque parte della clinica cui occuparsi, per poi presentare il modello in atto presso il Centro Antifumo dell'ASL NA3Sud. Si presentano i dati 2019.

Testo Abstract

“Il consumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Il fumo di tabacco, in particolare, è una causa nota o probabile di almeno 27 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.”

Questo l'incipit della pagina web del Ministero della Salute dedicata all'argomento, esplicita e lapidaria presentazione che non lascia alcun margine di dubbio anche ai più scettici. Dato l'evidente e rilevante impatto clinico, è imprescindibile che il tabagismo debba essere considerato da ogni operatore sanitario

uno dei più importanti problemi di sanità pubblica, da dover affrontare in maniera radicale e senza ulteriori indugi, mettendo in campo tutte le azioni necessarie per attuare il più alto livello di implementazione possibile degli interventi. Seppur qualche passo in avanti è stato fatto in questa direzione dalle istituzioni sanitarie, ancora molto si deve fare per raggiungere un grado soddisfacente di prevenzione e cura del tabagismo.

In particolare quest'ultimo ambito, quello del trattamento, soffre la cronica mancanza di una sistematizzazione degli interventi tale da aver reso la cura di questa dipendenza spesso molto approssimativa, verosimilmente complice il diffuso disinteresse dei SerD per questo tema, Servizi che troppo spesso hanno lasciato ad altri l'opportunità di occuparsene. Di fatto, la maggior parte dei cosiddetti Centri Antifumo, hanno visto la luce presso le unità di pneumologia e/o di cardiologia ospedaliera, settori sanitari che trattando le malattie fumo correlate si sono spinti fino a promuovere modalità per la cessazione al fumo, essenzialmente basate su una prescrizione farmacologica e/o un approccio paternalistico, dimentichi del fatto il tabagismo è una delle tante forme di dipendenza patologica, e quindi da affrontare in questa chiave e nei Servizi preposti. Strutture pubbliche che purtroppo ancora sono latitanti su questa dipendenza patologica, nonostante le evidenze numeriche siano di gran lunga superiori ad ogni altra addiction, sia in termini di utenza che di mortalità: i fumatori sono mediamente il 22% della popolazione e i decessi attribuibili al fumo in Italia sono circa 85.000 ogni anno, il triplo di quelli attribuibili all'alcool e diciassette volte quelli attribuibili alle droghe. Ed ancora, nella classifica dei 10 principali fattori di rischio responsabili del carico di malattia e di morte prematura nei Paesi sviluppati, il fumo di tabacco si attesta al primo posto scavalcando anche l'ipertensione, spesso definita “la malattia del secolo”, senza parlare delle droghe illegali che in questa classifica conquistano solo l'ottava posizione.

Tutto ciò mette in luce un dato di realtà a nostro parere molto importante: sussiste una sproporzione, nella percezione comune così come nella politica sanitaria, dei danni provocati alla salute dalla droga rispetto a quelli del fumo. L'ovvia conseguenza è che gli investimenti, sia in termini economici che di impegno professionale, relegano il tabagismo a Cenerentola delle addiction. L'evidenza che il fumare sigarette in modo abituale comporti innanzitutto una problematica psicopatologica, prima che danni fumo correlati, lo sottolinea anche l'O.M.S. che già nel 1992, nella decima revisione dell'International Classification of Diseases (ICD-10 par. F-17), include la dipendenza da tabacco nella lista dei disturbi legati all'uso di sostanze farma-

cologiche definendo il tabacco una sostanza psicoattiva, al pari di tutte le altre sostanze d'abuso, seppur non comporta alterazioni mentali acute con perdita del controllo delle proprie azioni.

L'evidenza è che appare chiaro come il fumare si sostituisca, nel tempo, a funzioni estremamente variegata, implicando una serie di meccanismi chimici, emotivi e comportamentali tali da rendere altrettanto palese come il trattamento del tabagismo non possa essere affrontato semplicisticamente solo sul piano della disassuefazione da nicotina, bensì attraverso un approccio multidimensionale capace di svilupparsi in un percorso di crescita e di cambiamento radicale di stile di vita.

Di contro, l'offerta terapeutica alla quale si assiste spesso è limitata ad un mero approccio farmacologico, se non proprio semplicistica. Nel primo caso è molto frequente l'indicazione di sostituti nicotinici (NRT), in formulazione di gomme o cerotti, più raramente avviene la prescrizione di bupropione, una molecola altrimenti utilizzata come antidepressivo, negli ultimi anni l'utilizzo di vareniclina, e successivamente di citisina, agonisti parziali dei recettori nicotinici. Sull'altro versante, le proposte sono variegata e spaziano da prassi suggestive quali l'ipnosi, al metodo avversativo, basato sul tentativo di provocare repulsione al fumo di sigarette; dall'applicazioni di agrafe o magneti, alle metodiche agopunturali di una sola seduta.

Metodologie, tutte queste, che sicuramente possono essere considerate supporti nella terapia di disassuefazione, ma che si rivelano poco efficaci se non accompagnate da un percorso motivazionale e di sostegno psicologico. Nella pratica clinica risulta infatti evidente che i soli presidi non riescono a garantire, nella maggior parte dei casi, il mantenimento in "drug free" del paziente tabagista che, come ogni "drug addicted", ricade frequentemente nella sua dipendenza, a volte anche a distanza di anni. Così come la quasi totalità dei fumatori non mostra sintomi astinenziali da mancanza di nicotina, finanche nei primi giorni di astensione, mentre trova impegnativo fronteggiare, nei mesi successivi, il condizionamento psicologico, talora anche di tipo ambientale, strutturato in anni di abitudini da fumatore. Parafrasando Mark Twain, potremmo affermare che "non è difficile smettere di fumare", evento temporaneo raggiungibile in diversi modi, ma mantenere il risultato ottenuto. Obiettivo, questo, difficilmente perseguibile quanto più il frutto della cessazione è prodotto in maniera rapida e 'miracolista', risultato di una totale delega all'esterno piuttosto che attraverso un processo di presa di coscienza, della propria condizione di addiction, e di scelta consapevole e responsabile tesa verso un per-

corso evolutivo.

In buona sostanza si vuole qui affermare che pretendere di curare una dipendenza patologica, qualunque essa sia, ma in particolare il tabagismo, semplicemente attraverso la detossificazione dalla sostanza è un'impostazione terapeutica fallace e fallimentare innanzitutto perché riduttiva, incapace di guardare alla complessità del fenomeno, vantaggi secondari in primis. Chi, nel suo quotidiano professionale è coinvolto nel trattamento delle varie forme di addiction, ben sa come tali patologie coinvolgano diversi piani psico comportamentali e sociali (gestualità, ritualità, aspetti affettivi, psicodinamici, valenze relazionali etc.), relativi all'uso della sostanza e/o al comportamento d'abuso. Conferma di ciò è l'evidenza che nel lavoro clinico si assiste a patterns comportamentali quasi sovrapponibili dei pazienti che afferiscono a questi Servizi, qualsiasi sia la loro dipendenza, persino nelle addiction in cui non c'è assunzione di sostanze, come ad esempio il disturbo da gioco d'azzardo (DGA). La concreta disassuefazione dalla sigaretta è di fatto un'impresa ben laboriosa per il fumatore che sarà, tra l'altro, impegnato a percorrere la non piacevole strada dell'elaborazione del lutto per la separazione da una "compagna" con la quale ha condiviso molti anni della propria vita. Da qui la necessità di un approccio terapeutico che, lungi dall'essere riduttivamente centrato sull'evento, sia invece in grado di conoscere, promuovere e sostenere le tappe di un percorso di cambiamento.

Il Centro Antifumo dell'ASL NA 3Sud, attivo dal Novembre 2002, sin dai suoi esordi è stato proiettato verso una metodologia tesa a guidare il paziente tabagista in un percorso di consapevolezza della propria condizione di dipendenza ad andamento recidivante, utilizzando elettivamente un approccio di gruppo di tipo cognitivo comportamentale. I supporti farmacologici, i fitopreparati, l'agopuntura auricolare (acudetox) utilizzata in passato, sono stati introdotti con un ruolo di sostegno, importante ma efficace solo se considerato ed utilizzato all'interno di un approccio integrato al problema della dipendenza al fumo di sigaretta.

Seppur il paziente tabagista è solitamente preoccupato di non saper come affrontare i primi giorni di astensione dal fumo di sigaretta, per una supposta crisi astinenziale, nella realtà clinica si assiste invece alla difficoltà di costoro di adattarsi al cambiamento dello stile di vita, così come a quello relazionale, che si attestano su un'inevitabile maggiore assertività taciata spesso per 'nervosismo'. Si assiste così a frequenti ricadute associate a momenti conflittuali in ambito affettivo o lavorativo, le cui dinamiche spesso rivelano l'insidia dell'autosabotaggio. L'approccio di gruppo,

dove ognuno costituisce un potenziale Io ausiliario dell'altro, dà la possibilità di riflettersi in uno 'specchio' capace di rimandare un'immagine chiara e definita di queste dinamiche. Il gruppo, inoltre, facilita il superamento delle resistenze al trattamento della disassuefazione poiché il fumatore, entrando in relazione con l'altro portatore di una stessa identità e di uno stesso interesse, rende prevalente il senso di identificazione con lo scopo, il senso di reciprocità ed il mutuo sostegno, armi vincenti per affrontare quei meccanismi emotivi e comportamentali che invece rinforzano la dipendenza tabagica e ne favoriscono la ricaduta.

Punto fondamentale del protocollo citato è quello di far precedere al Percorso di gruppo un colloquio individuale di tipo motivazionale. Il colloquio clinico di presa in carico vede infatti la compilazione di una Cartella Clinica dedicata che, oltre a raccogliere gli specifici dati anamnestici, prevede una fase diagnostica attraverso la somministrazione di questionari dedicati (test di Fagerstrom, test di Horn, test motivazionale e Mondor test) utili ad instaurare la necessaria alleanza terapeutica e rinforzare la flebile motivazione con cui si presenta a consultazione il nostro paziente. Il test di Fagerstrom, che misura la dipendenza da nicotina, è ben noto e non ha bisogno di presentazioni. Il Mondor test e quello motivazionale indagano appunto quest'ultima area che, come è ovvio, necessita di essere valutata e rinforzata già durante questo primo approccio. Dedicheremo quindi uno spazio solo al test di Horn, un questionario che, attraverso 3 items per tema, indaga le aree comuni ad ogni fumatore: Abitudine, Stimolazione, Relax, Gestualità, Piacere e Dipendenza. Applicato e restituito seduta stante, rimanda al fumatore un profilo nel quale può riconoscersi ed iniziare ad essere consapevole, già in questa prima seduta, dell'investimento affettivo che proietta sulla sigaretta, aspetto questo che lo 'incatena' alla sigaretta più della dipendenza dalla nicotina.

Andando nello specifico della prima area, evidenzieremo le tre aree più interessanti a partire da quella Relax, area predominante nella maggior parte dei fumatori che evidenzia come la sigaretta sia diventata nei tanti anni di utilizzo lo strumento elettivo per scandire, routinariamente, qualsiasi attività quotidiana e concedersi, nel contempo, una facile e rapida gratificazione. In quest'ambito ovviamente ricade anche l'uso della sigaretta come via di fuga nei momenti di tensione emotiva. Ma l'evidenza da proporre è che la pausa della sigaretta è breve ed effimera, oltre che nociva, mentre i problemi restano immutati, perché non affrontati. Inoltre, è necessario evidenziare come la nicotina piuttosto che rilassare il nostro sistema nervoso centrale lo

ecciti, mostrando quale riprova l'accelerazione del battito cardiaco, che sicuramente avrà sperimentato almeno una volta nella sua vita; altrettanto risulta qui fondamentale prospettare al soggetto che la possibilità di risolvere un problema annoso, qual è lo smettere di fumare, lo porterà ad un incremento dell'autostima e, di conseguenza, alla capacità di utilizzare nuove strategie di problem solving.

Il Piacere, altra area in cui assistiamo spesso ad un alto punteggio, raccoglie inevitabilmente un'ampia fetta di popolazione tabagista dato l'effetto gratificante prima descritto a livello del sistema mesolimbico dopaminergico. In questo caso è di fondamentale importanza cominciare a far emergere quali possano essere i vantaggi (dai vari aspetti della salute a quelli economici, sotto il profilo psicologico, sociale e non ultimo estetico) che il Nostro potrebbe ottenere smettendo di fumare aspetti che, confrontati con la lieve e breve scarica dopaminergica, si profilano sicuramente predominanti per quantità e qualità facendo pesare la futura bilancia decisionale verso la scelta della disassuefazione.

Infine la Dipendenza, area che risulta alta in quasi tutti i fumatori, nel test di Horn, ci parla di quella dipendenza dall'oggetto, la sigaretta, che nel tempo è stata idealizzata dal fumatore a tal punto da essere investita da caratteristiche antropomorfe ("compagna...amica...primo amore"), assumendo un valore troppo spesso fantasticato come insostituibile. Un oggetto d'amore la cui rinuncia appare al fumatore quale vero e proprio lutto di difficile elaborazione. È qui il caso di evidenziare all'utente come sia stato l'ormai insopportabile vissuto di schiavitù, la consapevolezza di essere intrappolato in un 'amore' tossico, la molla che lo ha spinto a chiedere aiuto. Gli si illustra il percorso di cambiamento basato proprio su una presa di distanza affettiva, graduale ma possibile, come avviene in qualsiasi separazione affettiva diventata morbosa e mortifera.

Il Primo Colloquio, dunque, non si può limitare alla semplice raccolta anamnestica, ma deve evolversi in un incontro empatico capace di instaurare la necessaria alleanza terapeutica fondamentale per il Percorso di Cambiamento che ci avviciniamo ad intraprendere. In questo primo colloquio è necessario utilizzare qualsiasi leva possa aiutarci in tal senso. Indagare sull'età e la modalità di esordio, ad esempio, rappresenta l'occasione per far riemergere il ricordo della "prima volta" e come si sia dovuto imparare a fumare, superando gli inevitabili malesseri (tosse, capogiro, sintomi di nausea, a volte concreti segni di asfissia) legati all'inhalazione del fumo. È questo un necessario momento di consapevolezza che non si nasce fumatori, è un'atti-

vità appresa, ed è dunque altrettanto imprescindibile 'imparare' a smettere di fumare: chiedere aiuto per affrontare questo cambiamento non deve essere vissuto come segno di debolezza o incapacità, bensì di sagacia e responsabilità dato che chiunque per percorrere una strada sconosciuta ha bisogno di una guida.

In altri termini, è importante che al nostro paziente tabagista passi un chiaro messaggio di de-colpevolizzazione ed incoraggiamento: <smettere di fumare è possibile: se finora non ci sei riuscito da solo non è da ascrivere ad una ventilata carenza soggettiva (per "mancanza di volontà"), bensì alla oggettiva difficoltà di separarsi da un oggetto amato, ancor di più, in assenza di un metodo strutturato allo scopo>. Di fondamentale importanza è cioè iniziare il soggetto ad assumere il paradigma propositivo < ho una dipendenza = soffro di una patologia = ho bisogno di curarmi>, sostituendolo a quello errato e fuorviante (e, ai fini del risultato, frustrante e demotivante) <ho un vizio = sono incapace a controllarlo = ho un carattere debole>.

Infine, un ulteriore pilastro per l'alleanza terapeutica viene posto assicurando il paziente sul fatto che non gli chiederemo di smettere di fumare subito, in modo repentino, ma attraverso un programma a gradi. 'Autorizzare' il paziente a poter fumare, seppur appare paradossale, attenua le resistenze e gli atteggiamenti difensivi del fumatore che tende a percepire l'operatore come figura genitoriale normativa e giudicante. Al primo colloquio, quale fase di arruolamento al Percorso di gruppo, succede il vero e proprio trattamento per la disassuefazione imperniato su n.6 incontri di gruppo a cadenza settimanale, trattamento basato sull'utilizzo degli Homeworks, di matrice cognitivo-comportamentale, strutturati per l'attivazione della dissonanza cognitiva.

Nella prima seduta di gruppo, stabilite le basilari regole del lavoro di gruppo e dopo un giro di presentazione, si propone questo strumento che viene affidato con la consegna di utilizzarlo, a partire dal giorno successivo e fino al Quit Day, costantemente e prima di ogni sigaretta fumata.

Il "Calendarietto", in cui dovrà rimanere sempre avvolto il pacchetto di sigarette del Nostro, è un diario comportamentale capace di consentire all'utente di entrare per gradi nel trattamento, per renderlo consapevole delle modalità e tempi in cui fuma e, soprattutto, delle motivazioni su cui fondare la scelta della disassuefazione. Completa il report una scala graduata, da 1 a 5, di importanza da assegnare alla sigaretta del momento.

Strumento essenziale di questa fase, se ben utilizzato, è un metodo che comporta un primo e positivo esito che è l'eliminazione delle sigarette automatiche: il

grosso fumatore da 40/60 al giorno, nel giro di una settimana, si ritrova ad aver dimezzato il volume delle sigarette fumate e senza un'azione coercitiva di privazione, un parziale ma importante passo di affrancamento, con una altrettanto progressiva presa di distanza affettiva dalla sigaretta, aspetti che ben incoraggiano e motivano il Nostro a procedere nel percorso. Di contro, i soggetti che svalutano l'Homework riducendolo a "semplice foglio di carta", andranno subito in drop out abbandonando il percorso oppure, nel migliore dei casi, tornerà al secondo incontro con una carica motivazionale ed una aspettativa sull'esito meno pregne rispetto al primo incontro.

Nella maggior parte dei casi, comunque, il secondo incontro di gruppo è connotato da una scarsa aderenza al compito che spesso viene compiuto in maniera frettolosa e discontinua, per l'impazienza di fumare non appena si presenta il craving. Comunque sia andato lo svolgimento dei 'compiti a casa', questo secondo incontro è un momento di riflessione sul vissuto della prima settimana di elaborazione, un momento di confronto in cui si evidenziano gli autosabotaggi e gli alibi che il fumatore si è creato per disattendere, seppur in parte, alla non duttile consegna. Il richiamo ad aderire al compito in maniera precisa e dettagliata, considerandolo al pari di qualsiasi prescrizione medica ed imprescindibile per raggiungere l'obiettivo, viene posto in maniera decisa e determinata per evitare la facile sottostima dello strumento troppo spesso osservata in questi anni di applicazione.

Nella terza seduta di gruppo, i 'superstiti' all'ulteriore drop out, riportano in genere un lavoro settimanale ben articolato e ricco di motivazioni. Si evidenziano i primi esiti, successi spesso inaspettati dal soggetto. Viene cioè sottolineato, ai fini del rinforzo motivazionale, il risultato positivo raggiunto senza l'estenuante e angosciante "braccio di ferro" (il conflitto tra la parte di sé compulsiva e quella che vorrebbe smettere) a cui è abituato il tabagista quando mette in atto dei tentativi autonomi di smettere di fumare; si richiama l'attenzione sulle motivazioni individuali rinforzando ognuno a lavorare con più attenzione su questi aspetti. Contestualmente si programma il Quit Day all'incontro successivo, investendo questo momento di un'importanza solenne, un evento condiviso in gruppo, così da assicurarsi una solida rete di sostegno per il primo giorno di astensione dal fumo di sigaretta.

La quarta seduta, caratterizzata dall'evento tanto atteso, si contraddistingue per il clima di gioia e serenità che traspare dalla maggior parte degli utenti; più raramente si osserva un calo dell'umore ed uno stato di tensione generale. Il sentimento che prevale in questo giorno è la sorpresa, l'evidenza che, contrariamente a

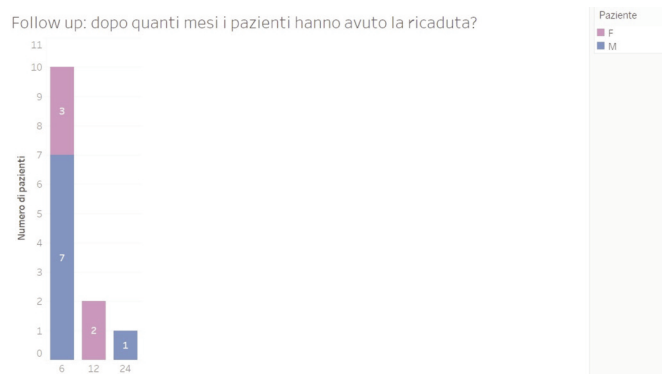
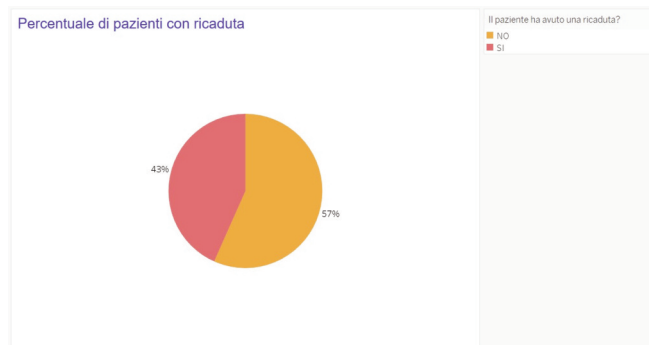
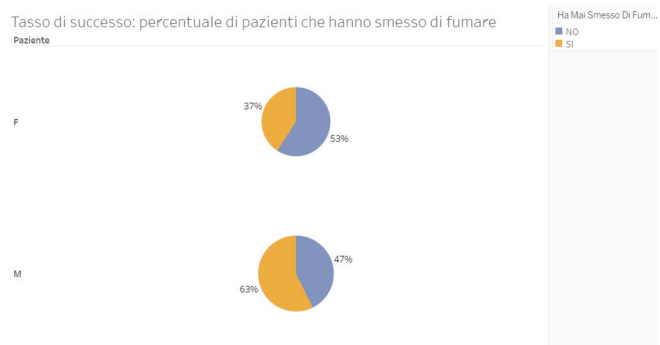
quanto troppo spesso fantasticato dal fumatore, non si sperimenta la tanto temuta crisi di astinenza bensì un senso di sonnolenza, a volte di lieve spossatezza e disorientamento, verosimilmente dovuto all'aumento della capacità di trasporto dell'ossigeno da parte del sangue data la mancata inalazione delle dosi quotidiane di monossido di carbonio. Reazioni organiche queste che spiazzano e sorprendono favorevolmente il soggetto in disassuefazione, fungendo da rinforzo positivo. L'apprezzamento, la gioia ed il sostegno che il resto del gruppo esprime, accompagnato dalla sensazione di un successo tanto agognato, costituisce un ulteriore rinforzo motivazionale. Le successive due sedute sono chiaramente dedicate al mantenimento dell'obiettivo raggiunto: innanzitutto si evidenziano e valorizzano i benefici via via ottenuti, già a distanza di pochi giorni dallo svezzamento; vengono poi individuati e discussi i principali meccanismi psicologici che possono favorire le ricadute. In questo modo il fumatore, consapevole del suo stato di 'convalescenza', ha la possibilità di tenere sotto controllo la sua 'malattia cronico-recidivante', perché la osserva, ne riconosce i pericoli e può intervenire su di essa con gli strumenti acquisiti. È quello che si definisce processo di coping proattivo, dove il soggetto cerca di anticipare i problemi per poterli gestire quando si presentano. Nel coping centrato sul problema, invece, l'individuo mette in atto una serie di tentativi comportamentali e cognitivi per fronteggiare un problema puntando a eliminare la sorgente di stress attraverso la ricerca delle informazioni, la valutazione dei pro e dei contro e l'assunzione del controllo.

Durante tutto il Percorso fin qui descritto, funge da rinforzo motivazionale un sistema di messaggistica SMS a cadenza settimanale a supporto di ogni step attraversato. Gestito a livello informatico da una piattaforma host, un nostro operatore programma, attraverso una specifica applicazione, un messaggio personalizzato e strutturato a seconda della fase in cui il paziente si trova.

Un altro elemento fondamentale del Percorso da noi proposto, è la possibilità di accedere al Gruppo, in qualsiasi momento si ritenga opportuno, accordata a chi ha già compiuto in precedenza, e con successo, il nostro Percorso. Ci avvaliamo cioè delle testimonianze, come è tradizione di ogni gruppo di auto mutuo aiuto. Come è ben noto, questa formula valorizza l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neofiti: questi ultimi, attraverso le testimonianze dei 'fumatori sobri', ricevono spunti di riflessione, sostegno e strategie di coping, sperimentando in vivo la possibilità di liberarsi dalla dipendenza senza i temuti contraccolpi; i veterani, prendendosi cura dei nuovi arrivati, forniscono

nel contempo fiducia e rinforzo anche a sé stessi, proteggendosi così anche dal rischio di ricadute. Stante l'enorme importanza dell'elemento di auto mutuo aiuto qui descritto, si è pensato di mantenere ulteriormente la formula attraverso la costituzione di un gruppo chiuso sulla piattaforma di Facebook dove, h24, è appunto possibile chiedere consigli e sostegno ai membri partecipanti. In questo lavoro si presentano i dati relativi all'anno pre-covid, il 2019, caratterizzato da una sorta di interregno tra i due agonisti recettoriali in uso presso il nostro Centro Antifumo: la vareniclina prima, in quell'anno fuori commercio, e la citisina poi, utilizzata alla piena ripresa delle attività a fine 2021. Di conseguenza sono dati riferibili alla sola attività del lavoro di Gruppo con gli Homeworks.

Nella tabella n.1 si riporta il numero di utenti che hanno partecipato ad almeno una seduta di Gruppo (n.52) rispetto a quanti avevano fatto richiesta di trattamento e sostenuto il Primo Colloquio anamnestico motivazionale (n.64); infine quanti utenti giunti alla fine del Percorso (n.38). Nella figura n.1 si riporta in percentuale, diviso per genere, il tasso di utenti giunti al Quit Day (53% per le donne e 47% per i maschi); mentre nella figura n.2 la percentuale di ricaduta a 2 anni dal trattamento (43%). Infine, nella tabella n.3, è evidenziato il numero di pazienti ricaduti rispetto ai 3 follow up periodici (n. 10 utenti a 6 mesi - n.2 a 12 mesi e n.1 a 24 mesi dal trattamento).



Numero pazienti iscritti	Numero pazienti che hanno partecipato almeno ad una seduta	Numero pazienti che hanno partecipato a tutte le sedute
64	52	38

8.2

**TABAGISMO:
STIGMA VERSUS MALATTIA****Latino G.M.*^[1], Calceglia K.^[1]**^[1]AUSL Romagna Servizio Dipendenze Patologiche sede Forlì ~ Forlì ~ Italy

Sottotitolo: Il tabagismo (circa il 25% della popolazione) viene spesso misconosciuto, spesso i sanitari lo considerano un vizio. In Emilia Romagna si svolgono corsi di formazione per abilitare operatori sanitari ad offrire buone pratiche per il trattamento del tabagismo. Riportiamo la metodologia di trattamento che utilizziamo nel nostro Servizio.

Testo Abstract*La nicotina*

La nicotina è la sostanza responsabile degli effetti fisici della dipendenza legata al consumo di sigaretta ed è classificata nel DSM V come una sostanza di abuso. È un alcaloide liquido, oleoso e volatile, presente in natura in tutte le parti della pianta del tabacco, ma particolarmente concentrata nelle sue foglie (tra lo 0,6 e lo 0,9). La nicotina è in grado di stimolare e inibire le attività del sistema nervoso autonomo, facendo prevalere gli effetti eccitatori nella prima fase e quelli sedativi nella seconda.

Il motivo per cui è stata inserita con un certo ritardo tra le sostanze che provocano dipendenza è probabilmente dovuto al fatto che la sua azione psicoattiva non determina alterazioni eccessive dell'affettività, né della personalità.

Recenti studi con risonanza magnetica hanno messo in evidenza l'attivazione metabolica da parte della nicotina in alcune aree cerebrali come amigdala, talamo e nucleo accumbens, note per il loro coinvolgimento nei processi affettivi.

Il comportamento del fumare è regolato accuratamente in modo tale da mantenere stabili i livelli plasmatici della nicotina stessa.

Non appena la nicotina viene inalata, si diffonde attraverso il sangue e arriva al sistema nervoso centrale. Una singola boccata di fumo di tabacco porta al cervello una dose di nicotina di 50/150 mg entro otto secondi. Questo è possibile in quanto le caratteristiche

di manifattura e di combustione della sigaretta rendono disponibile la nicotina in una forma che penetra rapidamente le membrane che proteggono il cervello. La stretta associazione temporale (contingenza) tra l'atto di aspirare e gli effetti piacevoli è l'elemento fondamentale per lo stabilirsi di un comportamento rinforzato di assunzione di una droga e, rispetto a questo criterio, la nicotina occupa il primo posto in classifica.

La nicotina induce miglioramento dei processi cognitivi, della capacità di concentrazione, dell'attenzione e della performance psicomotoria, una volta che entra nel cervello, esercita i suoi effetti diretti legandosi ad un tipo di recettori colinergici detti nicotinici. Tali recettori rispondono all'acetilcolina e sono coinvolti in differenti processi fisiologici, tra cui l'aumento di energia, di allerta e dell'attenzione.

Altra caratteristica della nicotina è che i suoi recettori si desensibilizzano molto velocemente, ovvero si riduce il tempo di attivazione del recettore fino a uno stato di inattività. L'organismo per contrapporsi a tale fenomeno produce altri recettori (up regulation), infatti nel cervello di un fumatore i recettori nicotinici sono da 100 a 300 volte più numerosi rispetto a quelli dei non fumatori.

Nella dipendenza da sostanze la risposta dopaminergica è di maggiore ampiezza e durata rispetto a quella che si ha in seguito a rinforzi naturali.

In assenza di nicotina, il sistema noradrenergico, che si attiva fisiologicamente nelle condizioni di allerta, induce sintomi riconducibili all'astinenza che si manifesta con agitazione, irritabilità ed insonnia, mentre la diminuzione della liberazione di dopamina determina disforia, depressione e senso della fame. Avviene anche una diminuzione della liberazione di serotonina, la qual cosa determina agitazione e depressione.

Dati epidemiologici in Italia.

L'età media di iniziazione al fumo è di 17,5 anni, con uno scarto di poco più di un anno tra uomini e donne (18,0 anni per gli uomini e 19,3 per le donne).

L'82,1% dei fumatori dichiara di aver acceso la prima sigaretta prima dei 25 anni e il 72% di aver iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni. Quest'ultima rappresenta la fascia di età che nel tempo si è confermata "critica" per l'iniziazione al fumo, sebbene il 10% abbia iniziato a fumare prima dei 15 anni.

Il report dell'ISS, pubblicato in occasione della Giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2022, rileva che quasi un italiano su quattro (il 24,2% della popolazione) è un fumatore: una percentuale che non era stata mai più registrata dal 2006. Il trend rilevato nel triennio 2017-2019, che vedeva una costante diminuzione delle fumatrici, non viene invece confermato nel

2022: quest'anno infatti si assiste a un incremento nella percentuale dei fumatori che riguarda entrambi i sessi. I nuovi prodotti del tabacco e le e-cig si sono aggiunti al consumo delle sigarette tradizionali e i loro utilizzatori infatti sono quasi esclusivamente consumatori duali. Si ipotizza che tale incremento sia dovuto alla falsa percezione di consumare prodotti meno o addirittura non nocivi per la salute e il sentirsi autorizzati ad utilizzarli in ogni luogo.

Si fumano principalmente sigarette confezionate (84,9%) e sigarette fatte a mano (14,9%), sebbene queste percentuali siano in diminuzione rispetto a quanto registrato nel 2019 (90,2% per le sigarette tradizionali, 18,3% per le sigarette fatte a mano).

In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di e-cig sono il 2,4% della popolazione, mentre l'81,9% di chi la usa è un fumatore, dunque un consumatore duale che fuma le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'e-cig. Il 2,8% dei fumatori abituali o occasionali di sigaretta elettronica sono invece persone che prima di utilizzare l'e-cig non avevano mai fumato sigarette tradizionali.

Per quanto riguarda le sigarette a tabacco riscaldato (HTP), queste vengono utilizzate abitualmente o occasionalmente dal 3,3% della popolazione italiana. Il loro consumo è triplicato, passando dall'1,1% nel 2019 al 3,3% nel 2022.

Aspetti psicologici

In Italia, secondo l'ISS, l'età media di avvio al fumo è di 17,6 questo periodo è connotato da un compito evolutivo fondamentale che l'adolescente deve assolvere, ovvero la ristrutturazione della propria identità e l'introduzione al mondo degli adulti. Il gruppo dei pari diventa il nuovo punto di riferimento e un IO fragile può trovare nel fumo una stampella emotiva, che può essere vista, a seconda del fronte su cui gioca lo sviluppo di identità dell'individuo, come uno strumento di adultizzazione e integrazione sociale oppure come uno strumento che regola l'emotività.

L'avvicinamento alla sigaretta comincia con la sperimentazione e prosegue con l'abitudine; è in questa fase che il fumatore apprezza i vantaggi e gli effetti farmacologici della sostanza ed in essi trova appagamento. Ciascun fumatore trova, grazie alla sigaretta, una sua struttura compensatoria che, giorno dopo giorno, alimenta un automatismo sempre più solido e difficile da scardinare.

Nel tempo, oltre a sviluppare una dipendenza fisica alla nicotina, la sigaretta e la sua ritualità nel consumo entrano a far parte della struttura identitaria del fumatore; spesso, infatti, i fumatori che intendono smettere riportano la fatica nell'immaginarsi di funzio-

nare senza la sigaretta. Il processo mentale che dovrebbero compiere è quello elaborare il lutto per riuscire a lasciare una compagna, una stampella che per anni li ha aiutati a fronteggiare le fatiche della vita. La sigaretta, infatti, adattandosi alle esigenze affettive del fumatore, diventa per molti di loro, la "panacea" per tutti i mali, divenendo la principale strategia di coping da impiegare in tutte le situazioni.

I fumatori che vogliono o devono smettere, non sempre sono consapevoli di quali bisogni la sigaretta soddisfi, pensano semplicemente di dover rinunciare a qualcosa di piacevole, di assecondare un loro vizio. Da qui nasce la fantasia che per smettere di fumare sia necessario mettere in campo esclusivamente la propria forza di volontà ed essere sufficientemente forti per rinunciare al piacere della sigaretta.

Rispetto al trattamento, è pensiero comune credere che la cessazione avvenga eliminando semplicemente la sigaretta e imparando a tollerare la frustrazione per la sua assenza. In realtà, oltre a questo, il tabagista deve comprendere a quali bisogni risponde la sigaretta per poi ricercare e sperimentare attività in grado, o quasi, di soddisfarli.

Quando ci sono poi delle ricadute oppure quando il tabagista non riesce a raggiungere l'astensione, non pensa di essere affetto da una dipendenza patologica, ma si giudica una persona debole di fronte al vizio, sperimentando sentimenti di colpa e di vergogna.

Nell'immaginario collettivo ma anche tra gli operatori sanitari, l'idea di curare i tabagisti non è molto diffusa, spesso, l'approccio sanitario punta più a spaventare i pazienti rispetto alle conseguenze del fumo ed empatizza poco con la fatica del fumatore nel restare astinente. Per questi motivi i fumatori non si cimentano facilmente nei tentativi di cessazione, perché temono che il loro fallimento sarebbe stigmatizzato come debolezza di carattere o come scarsa forza di volontà.

La metodologia

La Regione Emilia Romagna ha pubblicato nel 2010 le Raccomandazioni per la corretta pratica clinica per la disassuefazione, a cura del gruppo tecnico di coordinamento dei C.A.F. (Centri Anti Fumo), con la funzione di offrire delle buone pratiche cliniche, in linea con le indicazioni nazionali ed europee.

Si è riscontrato che con il metodo "fai-da-te" solo l'1-3% dei casi ottiene una "guarigione spontanea", al contrario, le cure ben condotte possono giungere ad una risposta del 30-40% dei pazienti che concludono i trattamenti con esiti positivi, valutati dopo un anno dalla disassuefazione.

La Regione svolge periodicamente dei corsi di formazione per abilitare operatori sanitari, che provengono in gran parte dal SSN e in piccola parte dalla LILT, IOR o dal Privato sociale.

Nel Servizio Dipendenze Patologiche dell'Ausl

Romagna, il trattamento del paziente tabagista avviene secondo le Linee guida Regionali e solo gli operatori che hanno conseguito l'abilitazione si occupano di tabagismo.

Si effettua una valutazione multidisciplinare, l'operatore dell'accoglienza apre la cartella clinica e raccoglie informazioni sullo stile di vita del paziente e alcuni dati anamnestici: il rapporto con il fumo, l'età di inizio, numero abituale di sigarette e da quanto tempo, precedenti tentativi di cessazione, indaga inoltre sulle ragioni per le quali il tabagista chiede di essere preso in carico. L'educatore somministra anche il Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTNQ), strumento accreditato dalla Regione Emilia Romagna per valutare il grado di dipendenza dalla sigaretta.

Si procede successivamente con la valutazione psicologica che consiste inizialmente nell'indagare sulla motivazione al trattamento (Modello Transteorico di Prochaska e Di Clemente, 1982 e Approccio motivazionale di W.R Miller 1991, 1992 e G.P. Guelfi, 1998) e sul grado di consapevolezza circa il proprio rapporto con la sigaretta (aspetti funzionali e disfunzionali).

Successivamente si indaga sulla qualità di vita percepita dal paziente: se ha vissuto o sta vivendo situazioni stressanti o traumatiche, e di come queste vengono fronteggiate. Si svolge un'anamnesi pregressa e attuale per la sintomatologia ansioso depressiva e l'eventuale assunzione di terapie o trattamenti psicoterapici. A discrezione del clinico è possibile la somministrazione di alcuni tests come lo Zung, per la valutazione di sintomi depressivi, la STAI, per valutare la sintomatologia ansiosa, oppure anche strumenti per una valutazione personologica come l'MMPI-II oppure la SCID-PD.

Si indaga sui fattori prognosticamente sfavorevoli il raggiungimento della astensione (età elevata, bassa scolarità, precocità nell'inizio del fumo, presenza di conviventi, amici e colleghi fumatori). È fondamentale condividere con il paziente quali elementi possono ostacolare il trattamento: motivazione estrinseca, fase di contemplazione o pre contemplazione, bassa autoefficacia, presenza di psicopatologie, comorbilità con altre con altre sostanze psicotrope, presenza di eventi particolarmente stressanti.

Generalmente la valutazione socio educativa e quella psicologica vengono condivise con il medico, il quale procede successivamente con l'indagine medica: età di inizio; numero abituale di sigarette e da quanto

tempo; precedenti tentativi di cessazione; patologie cardiovascolari e/o respiratorie o altre patologie; abitudini alimentari, uso di caffè, alcolici, psicofarmaci, sostanze stupefacenti; se pratica di attività fisica o sportiva. Infine avviene la misurazione del CO espirato, tramite analizzatore elettronico (carbossimetro). Durante la valutazione, il medico fa ipotesi di trattamento farmacologico che proporrà al paziente nella fase di riduzione o sospensione della sigaretta. Tra le proposte di trattamento ci sono i Nicotine Replacement Therapy (NRT), farmaci sostitutivi a base di nicotina sotto forma di compresse da sciogliere in bocca, gomme da masticare, inalatore e cerotti. Gli NRT comprendono formulazioni a breve e a lunga durata d'azione.

Le gomme, le compresse e l'inalatore sono a pronto rilascio e placano immediatamente il bisogno di fumare, la loro durata non supera i 45-60 minuti. I cerotti costituiscono un modo efficace per ottenere una nicotemia più regolare, più simile a quella ottenuta fumando.

Altro farmaco utilizzato è la Vareniclina: ha una minore efficacia degli NRT ed è un'antagonista parziale, nel senso che occupa i recettori senza indurre un effetto farmacologico. Il farmaco viene somministrato per via orale con una fase di induzione che vede salire gradualmente il dosaggio fino alla settima giornata. La durata standard del trattamento è di 12 settimane. Altro trattamento offerto è il Bupropione cloridrato, farmaco antidepressivo che ha un'azione di inibizione dei recettori nicotinici. Infine si propone la Citisina, in preparato galenico, un alcaloide estratto principalmente dalla pianta del Maggiorcicindolo: il suo meccanismo di azione è simile a quello della Vareniclina. Una volta conclusa la valutazione, l'equipe propone al paziente tabagista il trattamento più indicato, individuale o gruppale e si concorda l'obiettivo da raggiungere: la riduzione del numero di sigarette oppure la cessazione. Ovviamente tale obiettivo può essere nuovamente riformulato in corso d'opera.

Generalmente si propone a tutti il trattamento gruppale, sono pochi i criteri di esclusione: comorbilità con altre sostanze psicotrope, presenza di patologia psichiatrica e mancanza di motivazione del paziente al trattamento gruppale. Si incoraggia il trattamento gruppale perché il processo di disassuefazione al fumo richiede al tabagista un cambiamento molto complesso in cui lo smettere di fumare rappresenta solo una delle azioni da fare. Il processo di cambiamento implica l'abbandono di abitudini, ritualità e automatismi. La quotidianità non sarà più scandita dalle sigarette, il paziente dovrà affrontare il craving, scoprire i suoi bisogni e trovare strumenti alternativi per soddisfarli.

Questo processo di emancipazione dalla sigaretta presenterà momenti di arresti motivazionali, momenti di tensione, e potrebbero comparire sintomi quali flessione del tono dell'umore, irritabilità, disturbi del sonno, iperfagia e disturbi nella concentrazione. Tutta questa complessità può essere compresa e sostenuta con efficacia solo da chi sta vivendo lo stesso percorso trattamentale.

Trattamento gruppale

Il trattamento gruppale prevede 3 fasi:

- a. la fase di preparazione finalizzata a
 - sostenere ed accrescere la motivazione;
 - migliorare la consapevolezza della propria abitudine al fumo attraverso tecniche di auto-osservazione (il diario del fumo).
 - riuscire a distinguere le sigarette necessarie da quelle automatiche
 - individuare azioni, esperienze o comportamenti alternativi di auto-ricompensa per le sigarette considerate automatiche
- b. la fase di sospensione, durante la quale anche con l'aiuto di un supporto farmacologico, si sospende l'azione di fumare.
- c. la fase di mantenimento, che ha l'obiettivo di
 - consolidare i livelli di cambiamento
 - prevenire e gestire le eventuali ricadute attraverso la ridefinizione degli stimoli ambientali che innescano il comportamento del fumare o l'acquisizione di strategie utili al superamento delle crisi e ad evitare le ricadute.

Quando termina il trattamento gruppale, ciascun paziente effettua un colloquio con l'equipe che ha svolto la valutazione iniziale e si confronta rispetto al raggiungimento dell'obiettivo.

Viene chiesta la disponibilità ad essere contattato per un follow-up telefonico. Se il paziente non ha raggiunto l'obiettivo concordato, si propone il trattamento individuale e/o si riformula l'obiettivo.

Conclusioni

Secondo un'indagine condotta dall'ISS (2020-21), quasi un terzo dei fumatori intervistati aveva tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista stessa, restando almeno un giorno senza fumare. Nella stragrande maggioranza dei casi il tentativo fallisce (quasi l'80%): solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (77%); 17 persone su 100

dichiarano di aver smesso grazie all'utilizzo della sigaretta elettronica, scarso invece il ricorso a farmaci o cerotti e raro il ricorso ai Servizi specialistici o ai corsi offerti dalle ASL. Una spiegazione potrebbe essere che forse non tutti sanno che i SerD si occupano anche di disassuefazione dalla nicotina, o dell'esistenza di corsi per smettere di fumare proposti dai Centri Antifumo. Un'altra possibile spiegazione potrebbe essere che il metodo "fai da te" è il primo approccio per provare a smettere di fumare e in molti riescono a mantenere un apprezzabile periodo di astensione. Ma una piccola fetta di popolazione non riesce a curarsi in autonomia pertanto chiede aiuto ai Servizi sanitari.

Quando è stata offerta la possibilità agli operatori del SerD di poter trattare pazienti affetti da tabagismo, avevamo la convinzione di poter lavorare su tematiche e vissuti più "semplici", con pazienti dalla personalità più strutturata e con l'idea di riuscire ad ottenere maggiori risultati rispetto ai trattamenti per altre sostanze d'abuso; probabilmente anche noi operatori eravamo influenzati dall'idea collettiva del "vizio" o "dell'abitudine tabagica". Con la pratica clinica ci siamo trovati a dover affrontare le stesse tematiche che riscontriamo con pazienti che soffrono di altre dipendenze patologiche: lo stigma del vizio e della forza di volontà, il senso di colpa, la vergogna, la gestione del craving, la riformulazione del concetto di piacere e di gratificazione, la ricerca di strategie di coping. Inoltre, altro aspetto che ci ha sorpresi molto nei tre anni di esperienza nel trattamento presso il Servizio, è il funzionamento personologico del tabagista: ci è capitato frequentissimamente di avere a che fare con pazienti depressi o ansiosi, con esperienze traumatiche alle spalle, situazioni familiari conflittuali, che non avevano mai chiesto aiuto al proprio medico di medicina generale o ad altro professionista. Ma è evidente come nel tempo queste persone si siano affidate alla funzione terapeutica delle sigarette per mantenere un equilibrio mentale, un certo benessere. Altro aspetto che ha fatto riflettere la nostra equipe è che, rispetto a tutti i pazienti che afferiscono al Servizio per altre problematiche, non si effettua mai l'indagine circa il loro rapporto con il tabacco, come se fosse superfluo rispetto alla gravità del quadro clinico provocato dalle altre sostanze psicotrope, eppure l'80% dei decessi da dipendenza da sostanze psicotrope risulta causato dal tabacco.

Area tematica 9

APPROCCIO PROATTIVO ED INTERVENTO PRECOCE

9.1

SULL'ONDA DEL CAMBIAMENTO

**Bramani Araldi M.*^[1], Corritore G.P.^[1], Pallara R.^[1],
De Nicola C.^[1], Cesari M.^[1], Curti L.^[1]**

^[1]Sert di Carate Brianza, SC Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Brianza ~ Italy

Sottotitolo: Progetto del SerT di Carate Brianza - Ambulatorio Giovani Ohana Wave con sede a Giussano.

Testo Abstract

Il nome del progetto regionale della Lombardia isorisorse di "aggancio e diagnosi precoce" rivolto ad adolescenti e giovani è denominato Ohana Wave: nome composto da due parole:

OHANA che parte della cultura hawaiana, significa famiglia in senso esteso del termine, che include la relazione stretta, adottiva o intenzionale. Essa enfatizza l'idea che famiglia e amici sono uniti insieme e che devono cooperare e ricordarsi gli uni degli altri. Nella citazione di un noto film di animazione "OHANA significa famiglia, famiglia significa che nessuno viene abbandonato o dimenticato".

WAVE (onda): nello slang giovanile dei sobborghi di Milano negli anni 2018/19 significa "storia", da cui in molti testi musicali si evince facciamoci una wave (tradotto facciamoci una storia), veloce come il cerchio di Instagram.

Il SerT di Carate Brianza ha attivato il Progetto OHANA WAVE per ragazzi/e di età compresa tra i 14 e i 24 anni che utilizza una sede "non connotata" SerT presso l'Ospedale di Comunità/Casa della comunità di Giussano (ASST Brianza). Il fine è quello di favorire un aggancio precoce e facilitare così la presa in carico di un'utenza che non si rivolgerebbe al Servizio poiché non si ritiene problematica o tossicodipendente. È attiva una linea telefonica diretta, un indirizzo email dedicato (ohanawave@asst-brianza.it) e la possibilità di facilitare la comunicazione tramite la piattaforma

WhatsApp.

Il progetto è attivo dal 2019, con il rallentamento delle prese in carico durante all'epidemia COVID durante la quale gli utenti sono stati comunque seguiti attraverso la telemedicina, e con una ripresa completa delle attività comprensiva anche di attività di gruppo dal 2022.

Oltre ai colloqui individuali di supporto e sostegno e alle consulenze ai familiari, sono state avviate delle attività di gruppo illustrate di seguito:

"Gruppo trattamentale di informazione TALK TO",
"Gruppo di sostegno alla genitorialità",
"Attività ergoterapiche con uscite sul territorio".

1. Gruppo trattamentale di informazione Talk to

Da gennaio 2022 è stato attivato un primo gruppo rivolto a minori e neo maggiorenni in carico al Servizio anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Il gruppo ha l'obiettivo primario di supportare i ragazzi favorendo l'aggancio al Servizio attraverso il confronto tra i vari saperi (peer-information e cultura scientifica e legale) ed informazioni circa le sostanze stupefacenti ed i loro effetti. Altro obiettivo è quello di rendere noti ai partecipanti alcuni aspetti legali riguardanti l'utilizzo e/o il possesso di sostanze stupefacenti. È prevista una co-conduzione del gruppo da parte di operatori sociali e sanitari, a seconda delle tematiche affrontate durante ciascun incontro, che si avvalgono anche di una metodologia attiva (con metodica metodi attivi) per favorirne la partecipazione.

2. Gruppo di sostegno alla genitorialità

Il gruppo è rivolto a genitori di ragazzi under 24 con l'obiettivo di supportare i genitori in una condivisione guidata dei vissuti familiari favorendo una comunicazione vantaggiosa, anche tra i componenti della famiglia stessa, per la ricerca di un miglior equilibrio familiare. Il gruppo si propone di:

- aumentare la stabilità dell'ambiente familiare riducendo l'ansia, il senso di colpa/vergogna e incrementare la fiducia in se stessi
- dare informazioni sulle sostanze e i loro effetti
- sviluppare la capacità (skills) di reagire in maniera costruttiva a situazioni difficili e gestire quindi i comportamenti dei figli
- condivisione guidata di esperienze, vissuti ed emozioni.

3. Attività ergoterapiche con uscite sul territorio

L'obiettivo di tali attività è quello di instaurare un legame positivo tra Istituzione di cura e giovani per facilitare una più precisa richiesta d'aiuto e promuovere la socializzazione col gruppo dei pari, impiegando

tempo e risorse in maniera costruttiva.

Tali occasioni permettono agli operatori di condividere impressioni e idee sviluppando riflessioni insieme ai ragazzi ai fini di una maggiore consapevolezza del percorso terapeutico che questi ultimi hanno intrapreso presso il Servizio.

Durante le attività di uscita sul territorio sono previste delle attivazioni in modo da coinvolgere maggiormente i ragazzi, chiedendo loro di pensare all'esperienza condivisa nella giornata trascorsa e cercare oggetti simbolici che possano riassumere e ricordare quanto vissuto, rielaborando i contenuti emersi.

Si utilizzano delle attività ludico-educative utili ai ragazzi per potenziare le capacità comunicative e valorizzare le capacità riflessive in un setting diverso rispetto a quello istituzionale.

A maggio 2023 è stata organizzata un'uscita presso la Villa Reale di Monza e il Parco annesso, raggiungendo il posto con i mezzi pubblici e condividendo anche il pranzo con i ragazzi.

Per il mese di ottobre è stata organizzata un'altra uscita sul territorio che prevede la visita alla mostra di Banksy presso la Villa Reale di Monza e successivi momenti gruppali di confronto sui vissuti emozionali, sempre partendo da attivazioni con metodi attivi. I risultati raggiunti attraverso le attività gruppali sono i seguenti:

- Partecipazione attiva sia dei ragazzi sia dei familiari
- Abbattimento dei pregiudizi verso gli operatori dei servizi per le dipendenze
- Acquisizione di informazioni da parte dei ragazzi per la loro protezione e salvaguardia relativamente al loro sviluppo psico-fisico
- Miglioramento del lavoro di rete con i Servizi territorialmente attivi, compresi quelli scolastici, al fine di un sostegno globale per il/la ragazzo/a che tenga conto contemporaneamente di tutti i bisogni
- Maggior fiducia verso le Istituzioni, in particolare quelle di cura.

Risultati

Forniamo i dati del 2022 e del primo semestre 2023 che appaiono maggiormente indicativi del trend attuale di incremento delle domande di presa in carico nel post-pandemia COVID 19.

Numero di utenti Progetto Ohana Wave (14 - 24)

Numero utenti nel 2022 = 102

Numero utenti primo semestre 2023 = 70

Conclusioni

Le attività avviate all'interno del progetto Ohana Wave hanno permesso di agganciare i giovani e costruire insieme a loro un percorso adeguato ai loro bisogni complessivi e non solo di cura.

Bibliografia

Sylvie Naar-King, Mariann Suarez: *Il colloquio motivazionale con gli adolescenti*

C. Sica, L. R. Chiri, R. Favilli, I. Marchetti: *Test Q-PAD, Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza.*

J.H. Rathus A. L. Miller: *Manuale DBT per adolescenti*



9.2

L'ISOLA DEI GIUSTI PER UNA EDUCAZIONE ALLA RESPONSABILITÀ

Cocchi R.*^[1], Lazzeri R.^[2]

^[1]SerD Valdichiana Aretina - Usl sud est Toscana ~ Castiglion Fiorentino AR ~ Italy,

^[2]Prefettura ~ Arezzo ~ Italy

Sottotitolo: "L'isola dei giusti" è un progetto per la prevenzione del bullismo attraverso lo sviluppo di capacità pro-sociali nel gruppo dei pari.

Propone alla classe un laboratorio di educazione civica, dove il concetto di bene comune viene elaborato attraverso una esperienza di costruzione della regola condivisa.

Testo Abstract

Presentiamo qui un'esperienza di promozione della salute e della legalità nelle Scuole che riteniamo innovativa nei contenuti e nella metodologia e la cui validità ci sembra confermata dalla sperimentazione di oltre 7 anni nelle Scuole secondarie di I grado e con i gruppi di Peer education nelle Scuole Medie superiori. Ci sollecita a questa condivisione anche l'invito di FeDerSerD alla contaminazione tra diverse culture della cura, che in questo progetto si intende in un duplice senso: come intervento inter-istituzionale - scaturito da una lunga collaborazione tra SerD e N.O.T. della Prefettura - e come esperienza di integrazione interdisciplinare (facendo riferimento alla doppia formazione delle autrici del Progetto (Laurea in Scienze del Servizio Sociale e Laurea in Filosofia)).

Il progetto è concepito come un laboratorio di educazione civica, dove il concetto di bene comune viene sviluppato dal gruppo-classe percorrendo esperienzialmente le tappe significative di un processo di "fondazione della comunità".

Dentro a una cornice teorica che ricostruisce il legame originario libertà-responsabilità, i ragazzi sono condotti ad attraversare, nel contesto relazionale della propria classe, i processi inter-soggettivi che si trovano alla base di ogni patto di convivenza sociale, facendo diretta esperienza della costruzione di un

corpo di regole condivise, a fondamento di una nascente collettività.

Il progetto coniuga la parte teorico-formativa con metodologie laboratoriali interattive, volte a sviluppare le abilità prosociali e dialogiche del singolo nel suo rapporto con il gruppo.

Riferimenti teorici e metodologici

Dal punto di vista metodologico il progetto attinge a due diversi modelli di riferimento che hanno peraltro mostrato nel tempo buone possibilità di integrazione. In primo luogo si ispira ai principi e alle pratiche della *Philosophi for community*, per lo sviluppo di percorsi di educazione alla cittadinanza attraverso lo strumento del dialogo maieutico di origine socratica.

Questa pratica filosofica è orientata a far emergere attraverso l'esercizio critico e dia-logico della ragione, le idee, le capacità e le conoscenze potenzialmente già presenti nel singolo e nel gruppo - ma inutilizzate o oscurate dagli stereotipi e dai luoghi comuni dominanti - per renderle collettivamente fruibili e fertili di nuovi sviluppi.

Si tratta di uno strumento di empowerment che risulta ben integrato dall'apporto formativo delle *Life Skills*, il patrimonio personale di abilità vitali (comunicative, emotive, progettuali) individuato dall'OMS come efficace fattore evolutivo e protettivo trasversale al processo di crescita.

Dal punto di vista dei contenuti teorici il progetto si ispira invece al saggio del Filosofo statunitense John Rawls *Una teoria della giustizia*, un classico della filosofia morale contemporanea, dove l'autore ipotizza che un modello equo ed efficace di cooperazione umana possa emergere da un confronto tra pari, a partire da quella che l'autore chiama la "posizione originaria", cioè una posizione iniziale di pari opportunità e neutralità, dove non siano ancora consolidati vincoli e interessi privati. Si tratta in sintesi di porre le migliori condizioni di possibilità per la costruzione di un patto di reciproca mutualità.

Tutte le fasi del progetto sono vissute dalla classe nella dimensione inclusiva e non giudicante del *circle time*, come setting particolarmente favorevole alla comunicazione tra pari. Questo richiede prima dell'inizio di ogni incontro una preparazione che non va considerata di importanza secondaria (de-costruire la disposizione frontale dell'aula e sostituirla con una disposizione circolare, esplicitando il senso di questo cambiamento spaziale che coinvolge i corpi, le vicinanze/distanze, le abitudini dei ragazzi nel contesto scolastico).

Sviluppo del progetto con il gruppo classe: La base teorica di riferimento appena descritta si sviluppa empiricamente in un dispositivo di gioco che simula la situazione esemplare ipotizzata da Rawls utilizzando l'espedito immaginativo del naufragio sull'isola deserta, come un contesto paradigmatico che, in sintonia con il mandato dell'autore, offre la possibilità di pensare in modo originario i problemi, le possibilità, e le forme di una convivenza comunitaria nella sua fase nascente, ancora tutta da organizzare. Per i ragazzi si tratta di prendere parte attiva ad un processo di gruppo attraverso il quale condividere le basi, valoriali e pratiche, di una fondazione comunitaria. La classe si trasforma in una sorta di assemblea costituente impegnata a produrre un corpo di regole propedeutiche ad una funzionale e pacifica vita in comune.

Per maggiore chiarezza, di seguito sintetizziamo lo sviluppo cronologico del progetto nei suoi passaggi principali.

Fase preliminare:

1. Presentazione del progetto alle Scuole attraverso due distinti canali:

- il Book dell'U.O. Educazione alla salute, che raccoglie complessivamente l'offerta formativa di ogni zona socio-sanitaria;

- il Tavolo Provinciale aretino per lo sviluppo della cultura della legalità che presenta più specificamente alle scuole i progetti di educazione alla legalità.

2. Presa di contatto diretta con gli Insegnanti referenti delle scuole che richiedono il progetto.

3. Programmazione del calendario degli incontri: sono previsti 2 incontri di 2 ore ciascuno per ogni classe, a distanza di una settimana, al massimo quindici giorni. In alcune circostanze si è verificata l'opportunità di un terzo incontro, su richiesta della scuola, per portare a compimento la discussione del gruppo su aspetti che si sono rivelati particolarmente rilevanti per la classe.

Fase di realizzazione:

4. Primo incontro con la classe:

a) Introduzione al progetto e momento di presentazione reciproca, in cui vengono anche trascritti i nomi propri dei ragazzi, in modo da poterli ricordare e riferirsi a ciascuno personalmente.

b) Attraverso stimoli teorici ed immaginativi, vengono affrontate le principali tematiche che stanno sullo sfondo di ogni convivenza comunitaria, come il rapporto individualità-alterità, la relazione libertà-responsabilità, la gestione del conflitto, la formazione degli stereotipi, la scelta, anche nel suo portato di dubbio e di dilemma (qui viene affrontato attraverso

brevi riferimenti storici alle leggi razziali anche il tema del rapporto con la legge quando questa è percepita come ingiusta)

c) Dopo questa introduzione tematica viene proposta alla classe l'attività che in corso d'opera abbiamo battezzato "L'isola dei giusti", facendola precedere dalla proiezione di un brano del film "Il signore delle Mosche" di Peter Brook (tratto dal libro di W. Golding) che ci aiuta ad evocare nell'immaginario della classe lo scenario dell'assemblea dei giovani legislatori nello sfondo primordiale ed emotivamente coinvolgente dell'isola deserta.

In questo contesto archetipico, ricevendo come sollecitazione quella di immaginare le regole fondative di una comunità di pari, vengono dibattute dai ragazzi le grandi questioni alla base della coesistenza sociale: problematiche primarie come quella della gestione delle risorse alimentari, la divisione del lavoro, l'accudimento dei più deboli, la composizione delle differenze individuali, per arrivare gradualmente ai quesiti più complessi posti dal pluralismo, dalla decisionalità condivisa e dalle sue procedure di garanzia.

È importante a questo punto fare cenno alle modalità operative più concrete, che abbiamo messo a punto gradualmente nel corso degli anni, attraverso pazienti aggiustamenti e miglioramenti, al fine di raggiungere l'obiettivo del coinvolgimento in prima persona dei singoli partecipanti (non uno di meno...) e, per quanto possibile, del riconoscimento del contributo di ciascuno da parte degli altri.

Le attività sono dunque strutturate in modo che nessuno resti inattivo.

Nel corso del processo di condivisione si presentano al gruppo vari problemi di carattere empirico che rivelano però sempre una implicazione etica: dibattendo una regola pratica si chiariscono i principi che le sono sottesi. A questo scopo le opzioni di scelta relative ai diversi aspetti dell'organizzazione di una comunità di pari, vengono suddivise in 4 ambiti fondamentali di discussione, rispetto a cui tutti sono chiamati nominalmente ad esprimersi:

- Risorse (ambito in cui si intende confrontarsi sul problema della distribuzione delle risorse)

- Solidarietà (in questo ambito di discussione i ragazzi si confrontano con il problema della vulnerabilità che a turno può colpire un membro del gruppo, e di come gestirla)

- Giustizia (ambito in cui si dialoga sulle possibili strategie di fronteggiamento del danno volontario operato da qualcuno nei confronti del gruppo).

- Come il gruppo prende le decisioni: volutamente

lasciamo per ultima la discussione fondamentale, quella sulle procedure regolative (dove si decidono “le regole per decidere le regole”) in modo da favorire l’insight sul principio del pluralismo dopo che i ragazzi, nelle discussioni tematiche precedenti, hanno fatto esperienza della differenza di opinioni all’interno del loro gruppo. Tale eterogeneità delle opinioni viene naturalmente valorizzata come espressione di unicità ed esercizio di libertà del singolo, ma anche messa a fuoco nella sua portata problematica, da risolvere attraverso la ricerca di un accordo e la modulazione di un eventuale conflitto

5. Secondo incontro con la classe:

Nel secondo incontro viene portato a compimento il mandato decisionale affidato all’assemblea dei pari. È soprattutto in questa fase conclusiva che il vincolo gruppale emerge come necessità di giungere, a partire dalle differenze individuali, ad una formulazione condivisa della regola comune, per favorire la quale sono naturalmente incoraggiate tutte le possibili integrazioni e modulazioni della opinione di partenza, ed anche il cambiamento di opinione che, se autentico e motivato, viene valorizzato nei suoi aspetti evolutivi. A ciascuno è chiesto di dare ragioni e parole (a volte questo richiede tempo e supporto) alle proprie convinzioni, argomentando la scelta espressa rispetto ad opzioni di fondo che noi presentiamo inizialmente in forma scritta.

Il nucleo filosofico del percorso si rivela nella scoperta delle proprie motivazioni sociali e nell’insight di una propria visione del mondo.

Nel corso delle diverse fasi, vengono inoltre effettuate brevi sessioni di meta-riflessione sulle attività in corso, in modo che i ragazzi possano mentalizzare ciò che sta loro accadendo in termini di vissuti emotivi, di modalità relazionali che ripetono dinamiche tipiche della classe, o che, al contrario, se ne distinguono come esperienze nuove emergenti dall’attività in corso.

Considerazioni finali

Attraverso domande “maieutiche” poste ai partecipanti ad ogni passaggio significativo, viene favorita l’espressione libera e critica del proprio pensiero in un contesto non giudicante.

La sostanzialità e universalità delle questioni affrontate, di cui tutti i ragazzi hanno fatto diretta esperienza nei gruppi di appartenenza, li incoraggiano a riconoscere in se stessi un naturale desiderio di partecipazione sociale e ad immaginare possibilità di cooperazione che abbiano corrispondenza con il proprio sentimento del giusto.

Note:

Nelle tabelle 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sono allegati alcune slides che raccolgono i temi-stimolo sviluppati nella parte introduttiva al laboratorio.

Nella tabella 6 è riportata una immagine della LIM che evidenzia il lavoro dell’Insegnante con la classe nei giorni successivi al laboratorio.

J.P. Sartre: l'uomo è *costretto alla libertà*

... significa che non si può scegliere di non scegliere, perché ogni nostra decisione o mancata decisione avrà comunque delle conseguenze nel mondo intorno a noi. C'è una relazione indissolubile tra libertà, scelta e responsabilità.

Nell'esercizio della libertà è contenuta la possibilità dell'errore. Per questo affrontare una scelta può suscitare in noi il dubbio e il dilemma.

Modulazione del conflitto

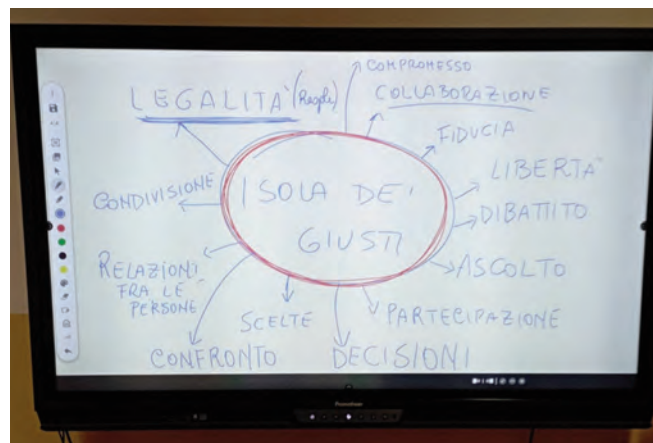
Sullo sfondo di ogni collettività c'è il problema della *differenza* di cui ognuno è portatore, come ricchezza di possibilità, ma anche come potenziale fonte di conflittualità. Questa eterogeneità richiede uno sforzo di modulazione.

La regola aurea

La regola aurea trova espressione in diverse formulazioni culturali e si basa sul principio della reciprocità:

Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te.

Agisci in modo che la regola che guida la tua azione possa valere come bene universale
Kant



Legge ed Etica (nomos)

Dall' Etero-nomia
la norma ci viene dall'esterno

All' Auto-nomia (auto-nomos)
la norma viene da noi stessi, è libertà di scelta

Illustrazioni
Di Moebius

9.3

IMMAGINI DI FAMIGLIA: IL CONTRIBUTO DELLA TEORIA TRIGENERAZIONALE NEL LAVORO CON LE DIPENDENZE

Barbara B.*^[1], Asaro M.^[1]

^[1]SerD Alcamo ASP Trapani ~ Alcamo ~ Italy

Sottotitolo: Le autrici affrontano il tema del trigenerazionale come contributo delle generazioni precedenti che, non elaborato, agisce in maniera disfunzionale nel presente dei pazienti con dipendenza patologica.

Testo Abstract

*Ciascuno ha il proprio tributo da pagare al dolore psichico,
al lutto degli amori e delle illusioni
e per ciascuno che non osa farsene carico,
ci sarà qualcun altro che dovrà farlo al posto suo
(Paul Claude Racamier)*

L'esperienza di molti anni nell'ambito delle dipendenze patologiche insegna che c'è uno strettissimo legame tra il passato e il presente familiare, per cui è spesso evidente come, il contributo delle generazioni precedenti, è strutturante nell'edificazione della vita attuale delle famiglie.

Le esperienze traumatiche vissute in famiglia dalle generazioni precedenti, se non rielaborate, cioè mentalizzate e integrate consapevolmente e fisicamente, possono "passare implicitamente" in atteggiamenti e comportamenti ai figli e a chi seguirà.

Mentre la diagnosi sistemica valuta il qui ed ora della famiglia (aspetto sincronico), la diagnosi trigenerazionale (aspetto diacronico) "si focalizza sulla storia e sui processi di trasmissione di tratti e comportamenti attraverso le generazioni" (Salvini M. Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica in Terapia Familiare n.84, 2007).

Molti studiosi hanno approfondito questi temi, basti pensare a pionieri come Lidz(1963), Bowen (1978) Framo(1992) che "ci hanno parlato di trasmissione di irrazionalità, indifferenziazione e a tutta l'ampia letteratura sui cicli trigenerazionali (ad esempio dell'abuso sessuale o del potere del patriarcale o della dipendenza dall'alcol e così via). È trigenerazionale quella valutazione che parte dalla riflessione su quale bambino/

figlio è stato il genitore e quindi quali modelli avrà interiorizzato. Si è identificato con un genitore violento? È stato il pagliaccio rianimatore di una coppia depressa? Ha cercato di non occuparsi di una situazione difficile e di pensare solo a se stesso? I molti modi possibili in cui quella persona che incontriamo come genitore avrà vissuto ed elaborato la sua posizione di figlio avranno di sicuro un'influenza decisiva sulla sua identità generale e quindi anche sulla sua genitorialità" (Salvini M. 2007).

Sicuramente essere stati esposti a storie, racconti, modi di vivere e di intendere la vita, dinamiche relazionali e inter-relazionali complesse, sono fattori di rischio da prendere in considerazione in modo molto serio nella cura del disturbo psicologico individuale e nella psicopatologia familiare, soprattutto nel campo delle dipendenze patologiche (abuso di sostanze, alcool, gioco).

Avviene, spesso, come una sorta di passaggio di testimone inconsapevole e involontario: talvolta uno dei membri della famiglia ha avuto una storia traumatica, difficile anche per gli altri familiari e successivamente ha trasferito a figli e nipoti racconti tragici, drammatici e spaventanti, con molto coinvolgimento affettivo ed emotivo e soprattutto con le conseguenze di queste esperienze, quali situazioni di dipendenza patologica o disturbi psichiatrici.

La prospettiva trigenerazionale sottolinea l'importanza e la necessità di ricercare nella storia di "quella famiglia" il nucleo relazionale patologico, come "terreno" dal quale germoglia e si sviluppa, da una generazione all'altra, la sofferenza dell'adolescente e di tutto il sistema familiare. In queste famiglie c'è sempre un "fantasma" da ricercare, o meglio, come dice Eguer, un antenato (nonno/a, zio...) che "non lascia in pace i vivi". Il suo ritorno significa che "...reclama il dovuto... s'insinua nei comportamenti... non sopporta la gioia di vivere del giovane... gioia necessaria per rassicurarsi e credere nelle proprie capacità..." (Eguer A. 1998).

Boszormenyi-Nagy (1998) parla di "lealtà familiari invisibili", una forza per la quale i figli sono fedeli ai genitori e al loro clan familiare, tendendo a ripeterne il destino, spesso in maniera analoga. "Sebbene il termine lealtà derivi etimologicamente dal francese 'LeggÈ, la sua reale natura sta nell'invisibile trama di aspettative di gruppo piuttosto che in una legge esplicita. Le famiglie hanno le proprie norme, sottoforma di aspettative condivise e non scritte. Ciascun membro della famiglia è costantemente soggetto agli schemi variabili di tali aspettative cui egli si attiene o meno" (Boszormenyi Nagy Spark 1983).

Tali lealtà servono a mantenere il legame e un senso di

identità comune fra le generazioni, per cui chi se ne discosta può avvertire la sensazione di avere tradito un modello di appartenenza oppure può sentirsi in colpa. Secondo la psicologia transgenerazionale è possibile che pensieri ed emozioni vengano trasmessi da una generazione all'altra. Ciò avviene quando un evento traumatico (individuale o familiare) non riesce ad essere elaborato ed il contenuto emozionale dell'esperienza rimane bloccato in quello che Abraham e Torok (1993) definiscono nei concetti di "fantasma" e "cripta". In tal modo è possibile che "le paure che assillano un individuo potrebbero essere le stesse che assillavano un genitore o un avo" (Baldascini, 2012); ne consegue che i problemi attuali possono perciò riflettere proprio quei conflitti, traumi e segreti non risolti all'interno del sistema familiare. Secondo Anne Anceline Schutzenberger (2004) "siamo meno liberi di quello che crediamo, ma abbiamo la possibilità di conquistare la nostra libertà e di uscire dal destino ripetitivo della nostra storia familiare comprendendo i legami complessi che si sono tessuti nella nostra famiglia". Vito al primo incontro mi dice che la moglie lo rimprovera perché lui ride sempre come pagliaccio (come se fosse superficiale e senza problemi). Sulla sedia si agita molto e beve di continuo acqua da una bottiglietta come se dovesse calmare l'ansia che sembra prosciugarlo. Mi spara in faccia che è figlio di una ragazza madre che quando era in gravidanza era dovuta scappare di casa perché aveva avuto una relazione con un uomo sposato. Il nonno materno era un uomo molto violento che è stato ucciso in un agguato mafioso quando lui aveva 1 anno ed è ricordato da tutti come una persona irascibile e anaffettiva. Alla sua morte torna nella casa paterna della madre che intanto era stata ospitata da un fratello in Lombardia, e si lega tantissimo alla nonna materna e ad uno zio molto giovane che lo affianca come un fratello maggiore. Con la madre non ha mai avuto un buon rapporto: dice di lei che somiglia al nonno e che è sempre scontrosa ed ha relazioni difficilissime con tutti. Del padre non sa molto, non lo ha mai voluto incontrare. Dice di avere avuto una vita "sbagliata", che nell'adolescenza ha sempre frequentato persone non "buone". Si emoziona al ricordo dello zio Mimmo, fratello minore della madre, morto qualche anno fa di cirrosi in quanto era diventato cocainomane e alcolista "perché non ha retto al dolore quando la moglie lo ha lasciato". Ha conosciuto le sostanze durante l'adolescenza, ne ha fatto un breve uso ma poi avendo conosciuto giovanissimo la moglie, se ne era innamorato ed era stato come adottato dalla sua famiglia. Ancora oggi ha un legame profondo e ambivalente con i genitori della moglie che lui sente come se fossero dei genitori, anche se molte

volte ha avvertito il loro sottolineare la sua inferiorità, il suo essere meno "degnò", non alla loro altezza; lavora insieme al suocero e si sente accolto dalla suocera, anche se spesso sente, "non essendo alla loro altezza", di non poter mai dare alla moglie quel benessere e quella posizione sociale che meriterebbe, di cui godono i fratelli. Dal matrimonio nascono tre bambine nel giro di pochi anni ma il rapporto con la moglie diventa sempre più conflittuale: Caterina è gelosa, non vuole che Vito esca senza di lei, che abbia amici, che "si distraiga" dalla loro relazione. Per Vito, Caterina è sempre stata insicura, con una bassa autostima, un po' sovrappeso e non si è mai piaciuta. Si struttura fra loro una relazione violenta, si picchiano frequentemente, si lasciano, ma si ricercano, tornano insieme ma continua fra loro l'escalation violenta. In un momento in cui sono lontani Vito ritrova i vecchi amici dell'adolescenza e riprende l'uso giornaliero di cocaina. Oggi viene in terapia perché non riesce a chiudere con la cocaina pur desiderando riprendere la relazione con la moglie. Vuole capire chi è, perché in lui agiscono rabbie incontrollate che nasconde nel sorriso, quale bisogno esprime la sua dipendenza. Noi ci chiediamo cosa agisce del suo passato ancora oggi in lui, quale modello di maschio ha introiettato, rude come il nonno, fragile come zio Mimmo, indefinito come il padre biologico? Quale modello di relazione uomo-donna ha sperimentato? Quello violento come quello fra il nonno e la nonna, quello abbandonico come quello fra lo zio Mimmo e la moglie, quello vuoto e assente come quello dei suoi genitori biologici? Sente che ciò che esprime nelle sue relazioni non è ciò che lui vuole veramente ma è come costretto, come mosso da forze che non riesce a contenere e a direzionare. Il lavoro di terapia sistemica individuale, con una attenzione particolare al suo genogramma e alla sua difficile storia familiare, ci sta guidando lungo il faticoso cammino di esplorazione e di consapevolezza.

Bibliografia

- Abraham N., Torok M. (1993). *La scorza e il nocciolo*, Borla.
- Eguar A. (1998) *La festa di famiglia*, In Press.
- Baldascini L.. *Convegno sulla trasmissione transgenerazionale del 25 e 26 ottobre 2012*, Università degli Studi di Firenze.
- Boszormenyi Nagy I., Spark G. M. (1983) *La lealtà in Cigoli V. Terapia Familiare. L'orientamento psicoanalitico Angeli*.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G. M. (1988). *Lealtà invisibili: la reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Astrolabio.
- Salvini M. (2007) *Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica in Terapia Familiare n.84*.
- Schutzenberger A.A. (2004). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*, Di Renzo.

9.4

PSICOMOTRICITÀ E DIPENDENZE PATOLOGICHE UN PERCORSO CHE AIUTI LA PERSONA A REINTERPRETARE LA PROPRIA STORIA CORPOREA

Cutaia A.E.*^[1], Gulino C.M.G.E.^[1], Cereda A.^[1],
Lamartina C.^[1], Fischetti E.S.^[1], Truscelli A.^[1]

^[1]Associazione "Casa Rosetta" ~ Caltanissetta ~ Italy

Sottotitolo: Questo lavoro parte come progetto pilota finalizzato alla valutazione dell'efficacia di attività psicomotorie in persone con Disturbi da uso di sostanze (DUS) in trattamento residenziale in Comunità Terapeutica.

Testo Abstract

Introduzione

Il progetto fa riferimento al dialogo-tonico emozionale e alla pedagogia e psicologia del cambiamento per cui la rieducazione psicomotoria, attraverso il movimento strutturato in un tempo e in uno spazio ben definiti, facilitando e promuovendo una percezione del proprio corpo, è finalizzata al miglioramento della relazione con se stesso e dunque con gli altri. La rieducazione psicomotoria passa, attraverso e si interseca con il processo di cambiamento.

L'assunzione della sostanza rende il corpo e la mente succube, schiavo di essa, il corpo è negato e svuotato dal dominio della sostanza che filtra i dati sensoriali ed emotivi, li controlla, li nega fino al punto di modificarli. "Perché avvenga un reale cambiamento, il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e di vivere una realtà presente. Il nostro tentativo di capire il trauma ci ha portati a pensare in un modo diverso non solo alla struttura della mente, ma anche ai processi attraverso i quali si guarisce" (Van der kolk, 2014). Il progetto ha centrato la sua attenzione sulla valorizzazione della corporeità come espressione di emozioni, di interiorità, di comunicazione senza l'uso della sostanza.

L'associazione Casa Rosetta da oltre 30 anni è impegnata nella prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche, disturbi da uso di sostanze (DUS) e com-

portamenti additivi. Le tre strutture di riabilitazione delle dipendenze con complessivi 105 posti e oltre 45 unità di personale specializzato, nei vari ruoli e funzioni quali medici, psicologi, psicoterapeuti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, garantiscono una presa in carico globale della persona con D.U.S., con attenzione al suo contesto familiare e sociale secondo il modello bio-psico-sociale e in coerenza con i più recenti approcci basati sulle evidenze scientifiche. Dal 2019 Casa Rosetta ospita il capitolo nazionale dell'International Society of Substance Use Professionals, ISSUP-Italia, un'organizzazione che si estende a livello mondiale e che ha come obiettivo promozionale la formazione continua per professionisti delle dipendenze, la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e la promozione della formazione continua per i professionisti della dipendenza, la diffusione dei risultati della ricerca scientifica e la promozione della medicina delle dipendenze basata sulla evidenza scientifica.

L'Associazione Casa Rosetta è pioniera nel riconoscere alla Psicomotricità un ruolo fondamentale nello sviluppo armonico del bambino e nello sviluppo dell'identità della persona negli aspetti fisiologici, psicologici e socio-relazionale. La psicomotricità, sia dal punto di vista teorico che operativo, considera l'uomo nella sua globalità psicocorporea, strutturale e funzionale. Per questo Casa Rosetta impiega da decenni la psicomotricità, riconoscendone il ruolo fondamentale nello sviluppo armonico della persona in tutte le fasi della vita e in vari contesti educativi e terapeutici. Inoltre, da molti decenni, organizza una formazione continua per psicomotricisti, affrontando diversi aspetti e metodiche specifiche della psicomotricità applicate ai contesti della riabilitazione dei bambini e adulti con disabilità neuropsicomotoria e ha introdotto la psicomotricità nel programma di recupero psicosociale delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze. Lo psicomotricista, in quanto professionista del linguaggio corporeo, favorisce lo sviluppo psicomotorio del bambino, salvaguarda l'equilibrio psicofisico dell'adulto e dell'anziano in situazioni ed età diverse della vita, opera in un setting specifico, utilizzando tecniche a mediazione corporea, collaborando con professionalità diverse.

Obiettivi

Scopo del progetto è valutare l'efficacia di interventi di psicomotricità con riferimento all'approccio tonico-emozionale, in termini di benessere psicofisico, di compliance terapeutica, nonché di tempi di recupero (durata del programma di recupero), in persone con dipendenza patologica da sostanze in trattamento riabilitativo residenziale.

Materiale e metodi

Un gruppo di uomini adulti, di età variabile dai 18 ai 45 anni, individuati in base a definiti criteri di inclusione, tra i residenti in Comunità Terapeutica per il trattamento dei DUS, svolgono un programma di attività psicomotoria, mediazione corporea e pratiche di rappresentazione creativa, articolato in un incontro a settimana di circa 2 ore. Le tecniche psicomotorie possono aiutare la persona a riscrivere la propria storia corporea, a riscoprire e percepire attraverso il dialogo tonico-emozionale il corpo senza il filtro della sostanza (attraverso il ritmo, movimento, musica, gioco, pittura, rappresentazione, rilassamento). Il programma prevede una valutazione psicomotoria e psicologica attraverso l'esame psicomotorio e test psicologici di personalità, dell'ansia di stato e di tratto, neuropsicologici e di valutazione delle emozioni (ENB2, TAS20, STAI-Y, PAI) al tempo T0 (gennaio 2023), T1 (luglio 2023) e T2 (gennaio 2024) sia al gruppo che effettua il trattamento di psicomotricità che al gruppo di controllo (persone entrate in comunità da meno di 60 giorni).

Risultati

Cfr. Tab 1

Al momento della somministrazione del questionario d'indagine sociodemografica, il gruppo degli intervistati era composto da 14 uomini di un'età media di totale di 36,1 anni. Dalla raccolta dei dati è emerso un livello medio di scolarizzazione (10, 5 anni). 10 persone (71%) vivono a casa coi genitori, 4 persone (29%). Vivono con la compagna/moglie e i figli. Tutti hanno una storia psichiatrica negativa (14 persone, 100%). 3 persone (21%) sono sposate, 1(7%) è convivente, 7 (50%) sono celibi, 2 (14%) sono divorziati e uno (7%) è vedovo.

La maggior parte delle persone (13 su 14) sono disoccupate, il 43% assume una terapia farmacologica sostitutiva. La sostanza primaria per il 50% è la cocaina, per il 29% il crack, per l'1% l'eroina e per il 2% l'alcol. La media degli anni di dipendenza è di 9,7 e il per il 43% si rilevano precedenti trattamenti riabilitativi.

Cfr. Tab. 2

Al tempo T0 i partecipanti al gruppo di psicomotricità (gp) mostravano una media di punteggi (Mp) significativi nelle scale cliniche relative all'Ansia, alle Lamentele somatiche e alla Depressione, mentre i soggetti del gruppo di controllo (gc), formato da un campione di persone con una permanenza totale in Comunità < 60 giorni, mostravano una Mp nelle stesse scale superiori al gruppo della psicomotricità, in particolare nella scala DRG, riferita ai problemi legati alla droga, legati probabilmente al minor tempo di frequen-

za della struttura comunitaria. Al tempo T1 si riscontra nel gruppo di psicomotricità un generale abbassamento dei punteggi delle stesse scale sopracitate, indicativi del miglioramento delle condizioni psicologiche generali, mentre nel gruppo di controllo anche al tempo T1 risulta una Mp più alta e superiore al cut off di riferimento in tutte le scale.

Cfr. Tab.3

L'Esame Neuropsicologico Breve 2 (ENB 2) al tempo T0 evidenziava valori al di sotto del cut off nelle prove relative alla capacità di memoria di lavoro, memoria a breve termine, di ricerca visuospaziale, di attenzione selettiva e capacità imitativa sia nel gruppo di psicomotricità e in maniera ancora più evidente nel gruppo di controllo. Al tempo T1 si riscontra un miglioramento generale nelle prove sopracitate nel gp, mentre permangono risultati al di sotto del cut off nel gc.

Cfr. Tab.4

Al tempo T0 il 50% dei componenti del gp mostrava ansia di tratto moderata e l'86% ansia di stato lieve, questo significa che la condizione di permanenza in comunità diminuiva l'ansia di tratto presente nella maggior parte di loro. Al tempo T1 vi è una diminuzione sia dell'ansia di tratto (8%) che di stato moderata, mentre nel gc permangono valori alti.

Cfr. Tab 5

Al tempo T0 e a T1, permangono le stesse percentuali di partecipanti al gp con alessitimia (circa il 42%), mentre nei rispettivi gruppi di controllo le percentuali di positivi all'alessitimia risulta più alta (circa il 60%). La permanenza anche al T1 nel gp di una difficoltà nella gestione e nel riconoscimento del proprio vissuto emotivo si ipotizza legata al focus del programma terapeutico ancora in itinere (le prime uscite fuori dalla comunità, incontri con le proprie famiglie, il percorso generazionale e familiare del Fischer-Hoffman, e le nuove responsabilità all'interno della struttura comunitaria).

Nel gruppo di controllo, costituito da soggetti che hanno intrapreso il percorso comunitario da soli 60 giorni, non avendo ancora partecipato in pieno al percorso comunitario e non avendo partecipato ai gruppi di psicomotricità, di psicoterapia e di mindfulness, gli stati ansiogeni, emotivi e cognitivi non risultano ancora elaborati, venendo percepiti come invalidanti.

Conclusioni

La psicomotricità può fornire alle persone con DUS gli strumenti necessari per riappropriarsi di un'identità emotiva e relazionale congrua, finalizzata a migliorare

la relazione con sé e con il mondo, attraverso una vissuta nuova corporeità. Può aiutare la persona con DUS a liberarsi della vecchia immagine che ha di sé e che lo ha legato alla relazione con gli altri attraverso l'uso della sostanza, per strutturarne una nuova (relazione), un nuovo sé riscoperto attraverso i propri sensi (sensazioni e percezioni e un nuovo investimento emotivo e comunicativo). In particolare già al tempo T1 emergono dei miglioramenti nella gestione dell'ansia, nelle aree cognitive e in aspetti di personalità riconducibili a Depressione, Lamentele somatiche e Problemi legati alla droga. Dal punto vista psicomotorio sono stati riscontrati dei miglioramenti nell'area del vissuto e coscienza del disturbo, nella coordinazione generale, nello spazio vissuto e sperimentato attraverso il corpo e nel senso del ritmo. In base a tali risultati, si prevede al tempo T2 un ulteriore aumento della consapevolezza corporea con conseguente miglioramento dell'investimento emotivo-relazionale e comunicativo, della compliance e dei tempi di recupero terapeutici globali.

Bibliografia

Ajuriaguerra de, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson Paris, trad it. (1979). *Manuale di psichiatria del bambino*. Milano: Masson.

Bergeret, J. (1983). *Toxicomanie et personnalité*. Paris. Presses, Universitaires de France; trad. it. *Chi è il tossicodipendente*. Bari: Dedalo.

Bisiacchi, P.S. (2003). *Esame Neuropsicologico Breve 2*. Milano: Raffaello Cortina

Boscaini, F. (2020). *L'esame psicomotorio*. CISERPP Mondini, S., Mapelli, D., Vestri, A., Arcara, G., &

Boscaini, F., Gobbi, G., & Malesani, P.G. (2001). *Il corpo tonico emozionale, La conoscenza come desiderio*. Verona: Res.

Coste, J.C., De Panfilis, C., & Wille, A.M. (1999). *La psicomotricità, corporeità ed azione nella costruzione dell'identità*. Xenia.

Galimberti, U. (2021). *Il libro delle emozioni*. Milano: Feltrinelli.

Soubiran, G.B., & Coste J.C. (2010). *Psicomotricità e rilassamento psicosomatico*. Roma: Armando.

Trisciuzzi, L. (2001). *Dizionario di didattica*. Pisa: ETS.

Tabella 5. TAS-20 %

	% TO gp	%TO gc	% T1 gp	%T1 gc
Positivi	43%	60%	42%	62%
Borderline	36%	20%	42%	21%
Negativi	21%	20%	16%	17%

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione in studio

Variabili	Totale campione (n=14)
Età	
M±SD	36,1 (±5,9)
Anni di istruzione	
M±SD	10,5 (±2,6)
Genere, n(%)	
Maschile	14 (100%)
Femminile	
Regime abitativo, n(%)	
Con genitori	10 (71%)
Con compagna/ moglie e figli	4 (29%)
Storia psichiatrica, n(%)	
Negativa	14 (100%)
Stato civile, n (%)	
Sposato	3 (10%)
Convivente	1 (7%)
Celibe	7 (50%)
Divorziato	2 (14%)
Vedovo	1 (1%)
Stato occupazionale	
Occupato	1 (7%)
Disoccupato	13 (93%)
Terapia farmacologica sostitutiva	
Si	6 (43%)
No	8 (57%)
Sostanza primaria	
Cocaina	7 (50%)
Crack	4 (29%)
Eroina	1 (7%)
Alcol	2 (14%)
Anni di dipendenza	
M±SD	9,7 (5)
Precedenti trattamenti riabilitativi	
Si	6 (43%)
No	8 (57%)

Tabella.2 PAI

Scale cliniche	Mp TO gp	Mp TO gc	Mp T1 gp	Mp T1 gc
SOM (Lamentele somatiche)	62	70	59	73
ANX (Ansia)	58	68	55	70
ARD (Disturbi Ansia-Correlati)	65	66	65	70
DEP (Depressione)	73	76	70	75
DRG (Problemi legati alla droga)	62	70	59	72

Tabella 3 Esame Neuropsicologico Breve (ENB 2)

	Mp TO gp	Mp TO gc	Mp T1 gp	Mp T1 gc
Test di memoria di prosa-differita	12	10	15	9
Test di memoria con interferenza-10 secondi	4	3	5	2
test di memoria con interferenza-20 secondi	2	2	4	2
Trail making test- B	999	999	80	999
Copia di disegno	1	1	2	1
Test dell'orologio	7	5	9	4
Prove prassiche	5	4	5	3

Tabella 4. STAI %

	% TO gp	%TO gc	% T1 gp	%T1 gc
Ansia di tratto moderata	50%	62%	8%	62%
Ansia di tratto lieve	50%	38%	92%	38%
Ansia di stato moderata	14%	40%	8%	60%
Ansia di stato lieve	86%	60%	92%	40%

9.5

PROGETTO "FAMILY UNITED"

Lodi R.*^[1], Molin V.^[2]

^[1]Comunità terapeutica Betania ~ Parma ~ Italy,

^[2]Università di Trento (collaboratrice di ricerca esterna)
~ Trento ~ Italy

Sottotitolo: Prevenzione familiare "evidence based" e intercettazione del disagio

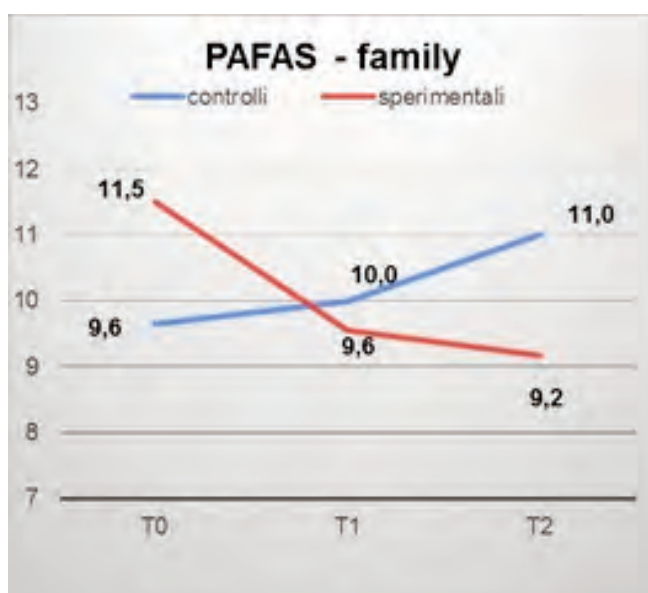
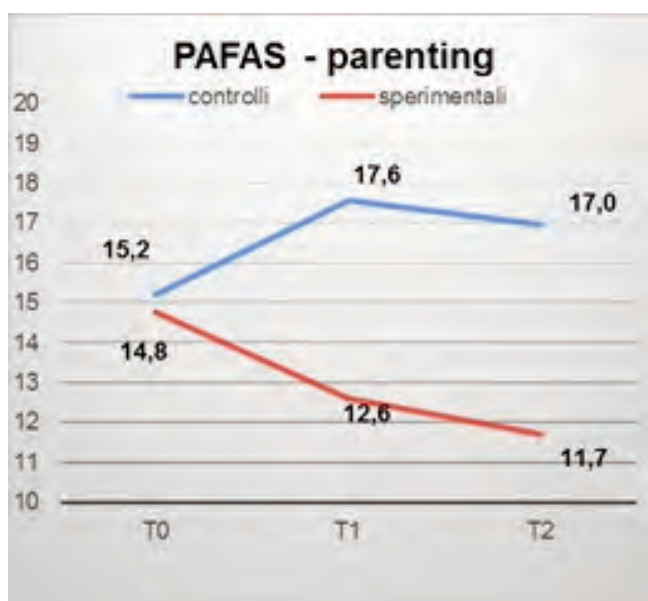
Testo Abstract

Tutte le famiglie affrontano momenti di difficoltà che, in alcuni casi possono favorire uno spazio sociale nel quale agiscono comportamenti disfunzionali dei genitori, un'assistenza inadeguata ai bambini e dei ragazzi che può generare disagio e comportamenti rischiosi da parte dei figli prodromici di possibili dipendenze comportamentali e da sostanza. I training di competenze familiari offrono una combinazione di conoscenze sulla genitorialità, sviluppo di abilità, miglioramento delle competenze e sostegno per rafforzare i fattori protettivi della famiglia, come la comunicazione, la fiducia, la capacità di risolvere problemi e la risoluzione dei conflitti. "Family UNited" (www.progettosole.org/familyunited) nasce grazie all'esperienza decennale nella sperimentazione di "azioni" sulle competenze familiari da parte degli uffici UNODC.

"Family UNited" (FU) è stato progettato come intervento di prevenzione universale per famiglie con figli di età compresa fra gli 8 ed i 15 anni.

FU è pensato per tutte le famiglie che, immerse nella gestione quotidiana del tempo, possono partecipare ad un intervento che prevede 4 incontri di due ore ciascuna nell'arco di 4 settimane. Nel corso della prima ora i genitori svolgono attività fra pari seguiti da due trainers mentre anche i figli, in una stanza attigua, svolgono attività fra pari sempre seguiti da due trainers. Nel corso della seconda ora le attività prevedono la partecipazione di tutte le famiglie riunite con il supporto di tutti e 4 i trainers e si svolgono attività complementari a quanto svolto in precedenza. FU è un programma interattivo che aiuta a promuovere il benessere dei genitori, dei figli e del nucleo familiare nel suo insieme, aiuta i bambini ed i ragazzi partecipanti a sviluppare consapevolezza e senso di responsabilità e rafforza le reti e l'integrazione fra famiglie. In collabo-

razione con UNODC e le Università di Parma e Trento, stiamo effettuando un RCT (Studio Randomizzato Controllato) su 160 famiglie, in Trentino e a Parma e provincia per dare validazione scientifica al progetto che, ad oggi è "evidence informed". I risultati preliminari, elaborati sulla base di circa 100 famiglie che hanno partecipato fino ad ora allo studio randomizzato, dimostrano ottimi livelli di risposta da parte dei gruppi sperimentali in confronto a quelli di controllo. Il RCT in corso, il cui protocollo è stato pubblicato sull' "International Journal of Environmental Research and Public Health" vuole incoraggiare l'adozione di questa metodologia anche nei Paesi UE grazie al supporto di EMCDDA



9.6

LA MAPPA DELLE RELAZIONI CON PAZIENTI DIPENDENTI DA COCAINA

Barbara B.*^[1], Asaro M.^[1]

^[1]SerD Alcamo ASP Trapani ~ Alcamo ~ Italy

Sottotitolo: Il lavoro nasce per approfondire e condividere una tecnica analogica utilizzata nell'approccio sistemico relazionale, come il genogramma, nella forma particolare della mappa delle relazioni, molto efficace nella personalizzazione dell'intervento clinico nelle dipendenze patologiche.

Testo Abstract

*"C'è una canzone che merita di essere cantata nella nostra cultura:
la canzone dei ritmi delle relazioni umane,
la canzone delle persone che nel legame con gli altri si arricchiscono e crescono."
Salvador MIinuchin*

"La clinica delle dipendenze è una pratica appassionante, sebbene complessa, che ci confronta con pazienti imprigionati in un ciclo di ripetizioni da cui non sanno uscire. Questa perdita di libertà si manifesta a diversi livelli: il linguaggio si impoverisce e le storie diventano narrazioni chiuse e ineluttabili; il repertorio delle posizioni si riduce, il rapporto con il tempo si limita all'immediatezza degli effetti della sostanza".(1)

Questa perdita di libertà e questa continua ripetitività senza via d'uscita è proprio quello che succede nei casi di abuso di cocaina, dipendenza che condiziona totalmente la vita del soggetto. L'abuso di cocaina è una delle più comuni forme di dipendenza da sostanze e forse quella vissuta come meno, apparentemente, pericolosa perché, almeno nelle fasi iniziali, non viene intaccata l'immagine di sé, il lavoro è conservato, il consumo viene visto come qualcosa di controllabile. Con il passare del tempo però cresce la familiarità con la sostanza, l'assunzione diventa sempre più regolare e tutto il resto perde di importanza.

Secondo l'approccio sistemico relazionale, la dipendenza modifica profondamente le relazioni e il rapporto con il tempo: "la temporalità della dipendenza è l'immediatezza: la sostanza agisce subito e sempre allo stesso modo. È uno dei motivi per cui la persona dipendente rimpiazza la relazione con l'altro con la

relazione con la sostanza, sempre identica e prevedibile".(2)

Anche il linguaggio si modifica, diventa povero, poco fluido, arido. "Le narrazioni dei pazienti dipendenti sono racconti chiusi, svuotati di legami, caratterizzati da ineluttabilità, necessità, impossibilità. Sono storie assolute, quasi atemporalmente e lasciano pochi margini per pensare al cambiamento. Il ripetersi rigido e incessante del consumo della sostanza è accompagnato da una parola disillusa, disincantata, svuotata".(3)

Anche il terapeuta spesso di fronte a tale ineluttabilità vive la paralisi, la disillusione, l'immobilità e ha bisogno di strumenti clinici che attivino il pensiero divergente, le emozioni, che rendano meno bloccate le parole. La Mappa delle Relazioni proposta da Maurizio Frisina, è una versione particolare di Genogramma, che prevede l'utilizzo della fotografia come strumento per aiutare a pensare il ruolo della sostanza nel contesto relazionale della persona dipendente. "La consegna di usare una immagine per descrivere la relazione (il prodotto, ma anche le altre persone) è importante anche per mettere l'accento sulle caratteristiche dell'interazione e non su quelle della persona... la scelta delle fotografie permette di cogliere qualcosa "al di là" della parola, ma senza prenderne il posto. Al contrario, per riaccompagnarla e arricchirne le capacità di fare legame".(4)

La consegna è semplice e si avvale di tre momenti:

1. proporre lo strumento per rappresentare le relazioni presenti o/e passate che in qualche modo hanno a che fare con il problema;
2. posizionare anche la sostanza come se fosse una relazione;
3. scegliere una fotografia che possa rappresentare la relazione con la sostanza;

Al fine di esplicitare meglio l'utilità di questa pratica, presenteremo in questo articolo il suo utilizzo nella terapia sistemica individuale con due giovani cocainomani, all'interno di un SerD.

Luigi: una vita compressa

Nella sua mappa delle relazioni (a), Luigi, 38 anni, rimane impressionato dalla sua stessa descrizione.

"Sono schiacciato"; intorno a lui la ex moglie, i tre figli, la madre, lo zio-padrino, il fratello, il miglior amico sembrano circondarlo e rendere la sua vita "compressa". "Sono un buono", "non so dire di no" sono le sue parole ripetitive. Alla domanda a chi somigli, scoppia a piangere e dice che somiglia al padre, uomo straordinario, di grande bontà che muore giovanissimo in un incidente stradale quando Luigi ha solo 7 anni. Da quel momento compiace e accontenta tutti; comincia la sua corsa irrefrenabile per essere il miglio-

re come figlio, come marito, come padre, come amico, come sportivo nel calcio e in tutti gli altri sport. Poi un bel giorno scoppia: molla tutto per Silvia, una giovanissima ragazza molto problematica, che lo allontana da tutti gli affetti perchè disapprovata dalla famiglia e a sua volta in quanto esclusa, litiga continuamente con lui perchè è arrabbiata ed insoddisfatta. Con lei la vita è un'altalena e quando litigano furiosamente e lo butta fuori di casa, Luigi si rifugia nella cocaina. Questo scenario, negli ultimi tempi, si verifica sempre più frequentemente. "La cocaina mi isola, mi estranea. Mi ferma dal "frullatore delle mie emozioni per Silvia e dal mio senso di colpa verso tutti". Averla vista lì nella mappa come compagna di solitudine e come antidoto alla disperazione, lo aiuta a vedere la cocaina non come un "vizio" ma come frutto di mancate elaborazioni, del suo falso sé e del suo lutto insanabile per la morte del padre. "Sono come un bambino abbandonato, tanti anni fa da mio padre, oggi da Silvia e la mia disperazione è insanabile" così la cocaina diventa compagna nella solitudine e nello sconforto.

Come immagine Luigi sceglie un "buco al petto" (b), pensando alla sofferenza legata alle difficoltà con Silvia, ma ben presto, durante il percorso, diventa consapevole che il vuoto è quello del lutto mai elaborato della morte del padre che ha sconvolto la sua infanzia.

Marco: un mandato familiare di "tossico"

Marco è costretto dalla famiglia a venire al SerD. Dice che può farcela da solo, ma sente di dover accontentare il padre, poliziotto, che ha già sofferto tanto per la tossicodipendenza del fratello, che non è riuscito a "salvare". Tristemente riflette che sin da piccolo gli hanno detto che assomiglia moltissimo allo zio Massimo, fisicamente e caratterialmente, e sin da bambino il padre lo ha messo al corrente del dolore che lo zio ha procurato a tutti e lo ha sempre controllato perché non corresse lo stesso rischio. Pur avendo a fianco Melania, la sua ragazza, che lui definisce un angelo, e un buon lavoro, Marco non sa spiegarsi il perché non riesca a fare a meno della cocaina e il ruolo che assume nella sua vita. A causa di un problema malformativo che lo ha ospedalizzato tante volte da bambino, ha sempre sentito che i genitori "davano tutto" per ricolmare il suo disagio "pur di non farlo cadere nella spirale della dipendenza": presagio che si avvera.

Riflettiamo sul suo sentirsi in mezzo, richiamato affettivamente da entrambi i lati, ma attratto in qualche modo da qualcosa che lo lega allo zio, a cui non riesce a sottrarsi (c) Marco sceglie l'immagine della prigionia, di una doppia prigionia fatta di sbarre "l'essere la pecora nera della famiglia come lo zio Massimo" e le mani

legate come l'impossibilità di uscire dalla dipendenza, che lo conferma ogni giorno nel ruolo di "rovina" dei suoi legami familiari (d).

"La mappa delle relazioni, grazie all'uso di fotografie e di metafore visuali, allarga le possibilità di un linguaggio altrimenti impoverito. L'immagine crea uno scarto tra paziente e sostanza: in questa differenza... attraverso lo sguardo, la persona può ritrovare la possibilità di essere soggetto della propria storia".(5)

Bibliografia

(1) M. Frisina *I genogrammi nella clinica delle dipendenze: dalla parola all'immagine e ritorno in I. Daure M. Borca Il genogramma nella pratica sistemica contemporanea Franco Angeli 2022 Milano*

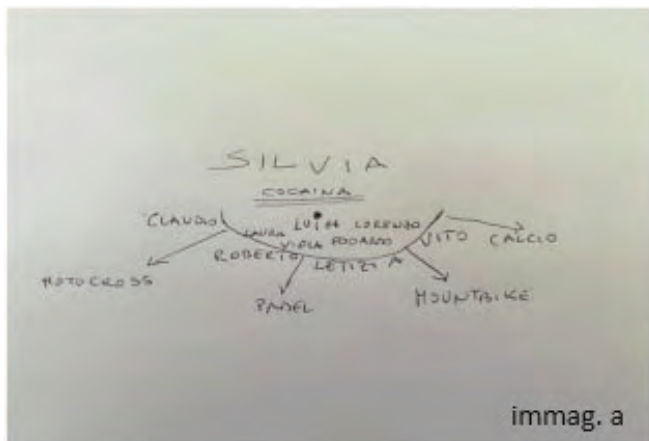
(2) M. Frisina *ibidem*

(3) M. Frisina *ibidem*

(4) M. Frisina *ibidem*

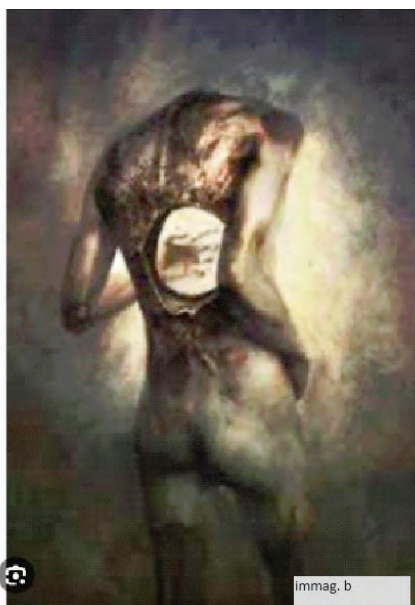
(5) A. Jacques *Traversée de l'enfer et réhumanisation.*

L'outil photographique comme médium de résilience chez des survivants Burundais, Quaderni SIRTS, vol.1 2020



A handwritten list of names on a light-colored surface. The names are: 'VITO.', 'MARIA.', 'MELANINA.', 'SOMIA.', 'MARCO.', and 'MASSIMO'. Below 'MARCO.' and 'MASSIMO.', the word 'COCAINA' is written.

immag. c



9.7

IL TEMPO DEL NOI. GRUPPO D'INCONTRO PER FAMILIARI CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZE. L'ESPERIENZA DEL SERD DI MAZARA DEL VALLO

Giuffrida M.G.G.*^[1], Sferruggia S.*^[1],
Ballatore A.**^[1]

* Psicologhe Psicoterapeute

** Medico Responsabile

^[1] SerD Mazara del Vallo ~ Mazara Del Vallo ~ Italy

Sottotitolo:

*La perdita di libertà si riflette, e inizia,
nell'impovertimento del discorso
M. FRISINA*

Testo Abstract

Per una personalizzazione della Cura ed un approccio proattivo alle dipendenze, il SerD di Mazara del Vallo ha avviato un percorso gruppale con le famiglie degli utenti. Il gruppo dei caregivers, così "sospesi" tra passato (le narrazioni), presente (le relazioni hic et nunc) e futuro (le domande e il confronto) crea una propria storia e diventa un laboratorio di soluzioni.

Nel mese di Marzo 2023 il nostro Servizio si è arricchito della presenza di nuove risorse professionali. In particolar modo, la presenza di due psicoterapeute ha consentito di ampliare lo sguardo ed interrogarci su come rinnovare le cure ai nostri utenti. Ci siamo interrogate sull'attività clinica svolta sino ad allora, fatta in prevalenza di percorsi individuali, con gli utenti afferenti al Servizio, e abbiamo pensato di attivare un gruppo d'incontro per i familiari dei nostri ragazzi. La conoscenza dei caregivers sino ad oggi era avvenuta prevalentemente nella fase di avvio alla presa in carico ed attraverso colloqui individuali.

Tramite l'esperienza gruppale, il familiare diventa protagonista del proprio tempo, non più "isola" del proprio dolore, ma costruttore di nuovi legami che lo rendono finalmente proattivo.

Il tempo del noi

Dalla nostra esperienza al SerD di Mazara del Vallo

abbiamo rilevato che sono state, e sono le madri le principali figure di riferimento coinvolte nella cura e nei percorsi di trattamento dei figli. Dall'ascolto individuale delle storie dei nostri ragazzi e dal contatto con le madri, a volte inermi ed impotenti, disperate e rabbiose, ma sempre profondamente sofferenti e coinvolte, è nato il "Tempo del Noi". Abbiamo creato ed affisso la locandina del gruppo all'ingresso del nostro Servizio per poterne dare visibilità. Alcuni familiari dei nostri utenti, motivati e bisognosi di uno spazio di supporto gruppale, hanno accolto la proposta con interesse e coinvolgimento. Sin dal primo incontro il feedback ricevuto è stato il bisogno di ognuno di partecipare ad un percorso gruppale.

Strutturazione e Metodologia

Gli incontri hanno la durata di un'ora e mezza e si svolgono a cadenza quindicinale, in una stanza spaziosa e luminosa, all'interno del Distretto Sanitario. Abbiamo utilizzato la metodologia gestaltica integrata e sistemico-relazionale, in relazione alla nostra formazione.

Seguendo l'APPROCCIO GESTALTICO, l'incontro è scandito in quattro fasi, che corrispondono alle fasi del ciclo del contatto.

La fase di avvio, il Pre-contatto, è dedicata all'accoglienza ed all'ascolto, nel qui ed ora, dei vissuti e delle sensazioni con cui si "arriva" all'incontro. Ognuno si può esprimere liberamente. La seconda fase del Contatto, serve come avvio per attivare i partecipanti per un'eventuale esplorazione personale, a questa segue la fase del Con-Tatto pieno, in cui chi desidera, prende uno spazio più definito per esplorare i propri vissuti ed effettuare un lavoro personale. Al termine del lavoro personale, il terapeuta chiede alla persona se vuole ricevere un feedback da qualche partecipante del gruppo. I membri del gruppo sono liberi di parlare o meno, compiere un lavoro di esplorazione o non compierlo, offrire un feedback o scegliere di non farlo; tutto ciò nel rispetto della libertà di ognuno. Nel momento conclusivo del Post-Contatto, avviene la "metabolizzazione" dell'esperienza, il terapeuta chiede ai partecipanti di esprimersi a turno comunicando il proprio "vissuto" nel corso dell'esperienza di gruppo appena trascorsa, in particolare se ci sono state risonanze, tensioni, emozioni, progetti. (E. Giusti, A. D'Ascoli, 2000).

L'APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE, che ridefinisce il sintomo della dipendenza in termini di comunicazione, ha dato la possibilità di cancellare l'idea nelle partecipanti che un figlio tossicodipendente fosse un problema intrinseco alla persona o una "COLPA" della famiglia. Attraverso l'oggettivazione e l'autorizzazione

dei propri vissuti si dà*/la possibilità di uscire dal circolo dell'agito sintomatico e recuperare nuove scelte. La ridefinizione del sintomo o problema presentato in termini di comportamenti, la sua contestualizzazione nel tempo e nello spazio delle relazioni è il punto di partenza di un gruppo ad orientamento sistemico relazionale. L'essere viste come "Donne" con bisogni che potevano essere "narrati" e "accolti" è già di per sé un intervento, un'implicita proposta di entrare in una nuova epistemologia non più lineare (causa-effetto), bensì circolare e relazionale.

Le partecipanti che hanno aderito al gruppo nella fase di avvio, sono state otto madri con un'età compresa tra i 45 e i 70 anni, in maggioranza casalinghe o impegnate in lavori saltuari; solo una con un impiego di insegnante.

Nei mesi successivi si sono aggiunte altre due donne, nel ruolo di compagne dei nostri utenti.

Obiettivi

- Condividere esperienze, emozioni e risorse in un clima di fiducia, rispetto e riservatezza
- Prendersi cura di sé
- Favorire la gestione dello stress

Processo

Nel primo incontro abbiamo condiviso gli obiettivi da raggiungere e le regole necessarie per favorire un buon funzionamento dello stesso, ovvero la riservatezza, la puntualità, la sospensione del giudizio, l'attesa del proprio turno e l'impegno nel mantenere una partecipazione costante al percorso. Abbiamo inoltre proposto l'uso del feedback tra i membri del gruppo per agevolare la comunicazione e rafforzare la consapevolezza di sé.

• CONDIVIDERE ESPERIENZE, EMOZIONI E RISORSE IN UN CLIMA DI FIDUCIA, RISPETTO E RISERVATEZZA.

Nella fase iniziale abbiamo rilevato nelle partecipanti il bisogno di espellere le proprie emozioni relative alla dipendenza dei figli, da tempo tenute segrete e condive solo tra le mura domestiche. Rabbia, impotenza, tristezza, angoscia di morte, disperazione, hanno invaso il campo terapeutico, con modalità compulsiva, rispecchiando le dinamiche dei propri figli, in una spirale d'angoscia.

Così come si raccontano i figli nelle sedute individuali, in cui emerge il TEMPO SO-SPESO attorno al pensiero fisso della "sostanza", anche le narrazioni delle madri risultano fissate sulla problematica, diventando il centro attorno al quale ruota l'incontro di gruppo.

Ma se all'interno delle famiglie, la sostanza, aveva rappresentato un tentativo di soluzione, seppur disfunzionale, come si poteva impedire che prendesse anche

il Controllo del nostro setting gruppale?

Utilizzando una prospettiva sistemica, al di là della dimensione individuale della dipendenza, si poteva allargare il campo di analisi per guardare il livello relazionale del sintomo.

In modo lampante la problematica della dipendenza aveva "anestetizzato" queste madri, adesso motivate dall'incessante bisogno di trovare relazioni all'esterno dalla famiglia, alla ricerca di soluzioni "altre".

Il primo passo era stato compiuto nel momento in cui, con i nostri incontri, si erano potute concedere un Tempo che allargasse il loro vissuto di libertà.

Dalla conversazione con le madri risultava che l'incontro di gruppo "arrivava" anche a chi restava a casa., come uno spiraglio di speranza per uscire dalla sospensione del tempo:

- un figlio provava piacere nel pensare la madre staccarsi dalla routine quotidiana legata al problema e partecipare all'incontro;

- un altro, abituato alla risposta immediata della madre al cellulare, adesso doveva attendere che si concludesse il gruppo.

Le partecipanti, nel condividere i vissuti, raccontavano che da anni avevano rinunciato a spazi personali e di coppia: "Come possiamo uscire e divertirci, sapendo come lasciamo i nostri figli a casa, e cosa possono combinare?"

Arrivava il richiamo di voler esistere al di là del ruolo di madri, anche come Donne, con un forte senso di colpa per aver a volte pensato "la morte del figlio" come una liberazione dal dramma vissuto.

Emergevano gli effetti di una relazione co-dipendente tra il familiare che consuma e l'Altro nel ruolo di controllore. Il circuito controllo-trasgressione aveva provocato un effetto depressogeno, che adesso si sentiva "dilagare nella stanza", rendendo i volti e il respiro dei partecipanti un segno evidente.

Il gruppo si confermava come luogo di contenimento di emozioni quando accoglieva "segreti" da anni nascosti e lacrime che scioglievano dolori adesso condivisibili, come quando Roberta ha sperimentato nel CON-TATTO con le partecipanti il calore di cui aveva bisogno.

Nel gruppo si erano attivate le risorse, in un clima di riservatezza, ed uno spazio di CURA.

• PRENDERSI CURA DI SÈ

Una madre anziana che faceva da autista al figlio per timore di un incidente, un'altra incastrata dai ricatti, la compagna che di notte pedinava il proprio partner tra i quartieri malfamati; erano tutte donne che avevano smarrito il TEMPO e la cura di Sè.

Il segno maggiore della loro sofferenza era il non sapere più instaurare relazioni con l'esterno, che potessero dare nutrimento al loro sé, talmente erano "intossicate dal dolore" e isolate dai contesti sociali.

Il gruppo diveniva un grengo per co-creare uno spazio e un tempo di cura.

La testimonianza di Maria, madre di una nostra utente, ha consentito alle partecipanti di confrontarsi con la necessità improrogabile di prendersi cura di sé e non lasciarsi risucchiare dalla relazione di co-dipendenza con i figli, scegliendo attivamente di riposizionarsi nella propria vita.

"Anche se mia madre mi prendeva per pazza, seppure mia figlia era nella fase più critica della dipendenza, io sceglievo di andare al mare. Quando sentivo il bisogno di raccoglimento e silenzio, sceglievo di recarmi in Chiesa."

Stare in ascolto dei propri bisogni, ritagliarsi dei momenti personali, scegliere quell'attività che dà sostegno e nutrimento, si può fare e diventa indispensabile. Maria proveniva da esperienze "mortifere" con la tossicodipendenza della figlia ed aveva sperimentato che l'unica via per non essere trascinata dalla sofferenza era mantenere viva la propria fiamma interiore attraverso la cura di sé.

Per le partecipanti, ascoltare questa testimonianza, ha perturbato la rigidità con cui rappresentavano sé stesse e le loro possibilità, consentendo di "portar fuori" dalla stanza ciò che stavano apprendendo dentro il gruppo.

"Sono riuscita a trascorrere una serata fuori con mio marito, con grande sorpresa di nostro figlio, che ci vedeva ormai solo in veste di controllori" ci dirà Alessandra.

"All'uscita dal lavoro, ho fermato l'auto ed ho sentito il desiderio di ammirare il tramonto come non facevo da tempo, tanto ero risucchiata dal dovere controllare il mio partner" condividerà Giulia.

Emerge allora nelle settimane successive la consapevolezza di sentire sempre più legittimo il bisogno di partecipare al Gruppo come una CURA, i cui effetti già iniziavano a intravedersi dalle espressioni dei volti più distesi e sorridenti, e la stretta di mano, a conclusione dell'incontro, come un vivido "Grazie".

• FAVORIRE LA GESTIONE DELLO STRESS

I caregivers, risucchiati nella dinamica del controllo del figlio o del partner, sono sottoposti ad una condizione di stress costante.

L'ansia legata all'imprevedibilità dei comportamenti del proprio caro, il timore delle ricadute, la costante percezione di minaccia e la paura degli agiti, causano una tensione emotiva e mentale che si manifesta con

sintomi psicofisici, alterazione del ritmo sonno veglia, sintomi ansiosi.

Per favorire la gestione dello stress, abbiamo proposto negli incontri alcune esperienze a mediazione corporea. L'obiettivo è stato favorire l'apprendimento consapevole dei segnali che il corpo invia nei momenti di eccessivo stress e dei modi in cui si manifesta; sono state stimulate ad identificare le potenziali fonti di stress attraverso l'uso di tecniche corporee, in modo da rilassarsi e allentare le tensioni in specifici blocchi muscolari (E. Giusti, M.C. Nardini 2004).

In un incontro particolarmente "caldo" e denso di preoccupazioni ed ansie, in cui Simona, pur con il supporto ed il confronto del gruppo, sembrava non vedere altro se non il "problema Figlio", con un'angoscia sempre più contagiosa per il gruppo, abbiamo proposto un'esperienza di ascolto consapevole del proprio corpo, silenziando il flusso di parole. La scelta di una musica rilassante di sottofondo e la voce guida di una delle conduttrici scriventi, ha dato avvio a questo momento.

Il centraggio nel qui ed ora, la connessione con il proprio respiro, l'ascolto attento e consapevole del proprio corpo, con le tensioni e le contratture, è stata un'esperienza nuova per la maggior parte del gruppo ed ha consentito di allentare la tensione emotiva favorendo un contatto più attento ed intimo con sé stesse. Ognuna ha potuto sperimentare che si può scegliere e fare qualcosa di concreto per gestire i momenti in cui ci si sente sopraffatte dalle emozioni negative, ritagliandosi uno spazio-tempo silenzioso in cui ri-connettersi ed attraverso il respiro, potersi rilassare.

Conclusioni

Il percorso di Gruppo è ancora in itinere, alcune partecipanti hanno abbandonato ed altre si sono inserite nel corso di questi mesi con fluidità. Abbiamo sentito e registrato dalla fase di avvio al momento attuale, un rilevante cambiamento del clima emotivo e delle narrazioni nel processo gruppale. Se nella fase di avvio dei primi mesi, "respiravamo" un'aria depressiva e l'impossibilità di parlare d'altro se non della "dannazione" del figlio, divenuta la propria condanna, lungo il percorso, le narrazioni si sono arricchite di nuovi vissuti, lo spazio mentale si è ampliato. I volti più distesi, i sorrisi, le battute scherzose, la condivisione di nuove tematiche, il soffermarsi a chiacchierare fuori dalla stanza, dopo la conclusione dell'incontro, sono stati i segnali che Il Tempo del Noi stava funzionando da laboratorio per la creazione di modi altri per stare al mondo. La speranza (Yalom, 2005), come un raggio di luce, ha illuminato il campo gruppale, rafforzando il potere personale e la responsabilità di ognuna nell'at-

tuare dei cambiamenti possibili.

Il gruppo si stava "disintossicando dal dolore" e attraverso una perturbazione, stava imparando nuove abitudini. Come ancora di riferimento, ai partecipanti arriva in dono l'immagine di una mamma che narra il suo Viaggio Esplorativo a Favignana, da tempo desiderato. A noi terapeute piace immaginare che ci attendono ancora nuovi percorsi esplorativi nella dimensione del Tempo, per co-creare insieme progettualità di vita.

Bibliografia

Frisina M. (2020), *Sul bordo del caos, Complessità, terapia sistemica e dipendenze, Mimesis/Frontiere della Psiche, Milano.*

Giusti E. D'Ascoli A. (2000) *La terapia in gruppo, istruzioni per l'uso dei gruppi di terapia, Quaderni ASPIC, Roma.*

Giusti E. Nardini M.C. (2004,) *Gruppi Pluralistici, guida teorica alle terapie collettive integrate, Sovera, Roma.*

Yalom I.D, Leszcz (2005), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, Bollati Bolinghieri. Torino.*

Tirelli M., Mosconi A., Gonzo M., (2016), *Manuale di psicoterapia sistemica di Gruppo, FrancoAngeli, Milano.*



Il Tempo del Noi

GRUPPO D'INCONTRO PER FAMILIARI CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZE

- Condividere esperienze, emozioni e risorse in un clima di fiducia, rispetto e riservatezza
- Prendersi cura di sé
- Scambiarsi informazioni per affrontare in modo più sereno la quotidianità
- Favorire la gestione dello stress

Gli incontri saranno condotti dalla dott.ssa Giuffrida e dalla dott.ssa Sferruggia e si terranno il martedì pomeriggio dalle ore 16,00 alle ore 17,30, con cadenza quindicinale.

MBRP - (MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION) UNA ESPERIENZA PRESSO IL SERT DI CARATE

Terragni M.*^[1], Villa E.^[1], Pietrantuono S.^[1], Bramani Araldi M.^[1]

^[1]SerT di Carate Brianza, SC Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Brianza ~ Carate Brianza ~ Italy

Sottotitolo: Non puoi fermare le onde ma puoi imparare a cavalcarle

Testo Abstract

MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) è un programma basato sulla mindfulness e finalizzato a limitare il rischio di ricaduta attraverso l'aumento della consapevolezza del proprio vissuto, degli schemi abituali e delle reazioni automatiche spesso distruttive. Il soggetto dipendente tende ad evitare l'esperienza presente. Le pratiche mindfulness allenano invece a sostare in essa e ad accettarla, "prestando attenzione nel momento presente, con intenzione e in modo non giudicante". La mindfulness, o consapevolezza, promuove un'accoglienza gentile e curiosa di quello che si presenta, anche delle esperienze dolorose, imparando a "stare con quello che c'è" e a sospendere ogni reazione impulsiva.

Le pratiche di mindfulness offrono così un modo efficace di gestire craving e agiti impulsivi, osservandoli con intimo distacco, senza respingerli e senza esserne travolti.

Il concetto di mindfulness deriva dagli insegnamenti della meditazione Vipassana praticata da oltre 2500 anni in ambito buddhista. Jon Kabat-Zinn, professore emerito di medicina e fondatore della Stress Reduction Clinic e del Center for Mindfulness in Medicine nel Massachusetts, a partire dagli anni '80 l'ha applicata per alleviare il dolore cronico e lo stress.

Successivamente la mindfulness ha trovato applicazioni nel trattamento di svariate problematiche quali i disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbo borderline, disturbi alimentari e disturbo da uso di sostanze. Il programma MBRP, pur essendo uno dei più recenti

sviluppi dei protocolli mindfulness, sta trovando ampia applicazione ad integrazione dei trattamenti ordinari nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il programma MBRP è rivolto a pazienti DUS e GAP sufficientemente stabilizzati e senza dipendenza attiva (in astensione da almeno un mese).

La nostra esperienza di gruppi mindfulness si è avviata nel 2015 e ad oggi siamo giunti alla 24° edizione. Il programma prevede 8 sessioni della durata di 2,30 ore, svolte in orario pre-serale (dalle 18 alle 20,30) per favorire la più ampia partecipazione e renderle facilmente accessibili ai pazienti lavoratori. Nel corso dell'anno si svolgono 3 edizioni del programma, che si realizza nell'arco di circa due mesi (1 incontro alla settimana).

Ogni gruppo è composto da un numero di partecipanti compreso tra un minimo di 6 e un massimo di 12. Dal 2015 ad oggi nei gruppi sono stati inseriti 278 partecipanti, con un drop out di 79 persone (31 non si sono presentate al primo incontro, altre 48 hanno interrotto negli incontri successivi).

I pazienti, provenienti dalle diverse Unità d'Offerta del SerD vengono proposti dai curanti ai conduttori del gruppo. Per quanto riguarda la comorbilità psichiatrica, è richiesto che il paziente sia in una fase di buon compenso. Nella nostra esperienza, per questa tipologia di pazienti non abbiamo rilevato problemi di integrazione nel gruppo o difficoltà a sostenere quanto realizzato nel corso del programma.

Nonostante i criteri d'accesso non siano particolarmente rigidi, è comunque richiesto che le persone siano disponibili a vivere un'esperienza di gruppo e a partecipare a tutte le sessioni del programma che prevedono, tra l'altro, momenti di condivisione in cui non si richiede la narrazione della propria esperienza di vita e di dipendenza, ma di quanto accade durante le pratiche di meditazione proposte.

A seguito della segnalazione i pazienti hanno un colloquio preliminare all'inserimento nel gruppo con le seguenti finalità: indagare motivazioni e aspettative, presentare il percorso e l'impegno richiesto, soprattutto per quanto riguarda la necessità di garantire la frequenza agli incontri e lo svolgimento delle pratiche a casa tra un incontro e l'altro, fare sperimentare una breve pratica di meditazione e di condivisione.

Come conduttori del gruppo, siamo uno psicologo e un'assistente sociale che hanno effettuato corsi di formazione specifica sul programma MBRP promossi dalla Provincia di Milano, da Regione Lombardia e dalla SIA (Società Italiana di Alcolologia) tra il 2013 e il 2015. Abbiamo partecipato a programmi di MBSR (Programma Mindfulness per la Riduzione dello Stress) e, come indicato anche da S. Bowen et al. nel manuale

“Mindfulness e comportamenti di dipendenza”, effettuiamo un ulteriore e costante addestramento. Una prolungata esperienza di pratica individuale dei conduttori rende infatti le condivisioni e la gestione dell'inquiry più accurati ed empatici. Per questo motivo manteniamo attiva la nostra esperienza personale di meditazione Vipassana attraverso la frequenza di ritiri periodici e la partecipazione assidua a gruppi di pratica con diversi insegnanti.

Nel corso di questi anni le esperienze maturate ci hanno resi più flessibili nell'adattare il programma alle caratteristiche dei singoli gruppi. Abbiamo constatato, sulla base delle criticità emerse, la necessità di introdurre qualche modifica nello svolgimento di alcune sessioni. Per esempio, abbiamo alleggerito il 2° incontro spostando nel 3° incontro un esercizio particolarmente impegnativo per i partecipanti, denominato il surf dell'impulso, al fine di dare maggiore spazio alle condivisioni e alla gestione di eventuali difficoltà. Altre modifiche hanno arricchito il percorso, anche alla luce dei protocolli MBSR e MBCT, con preziosi spunti anche dall'ACT.

Abbiamo rilevato che l'esercizio del SOBER, acronimo di Stop-Observe-Breathe-Respond, è per i pazienti il 'kit di sopravvivenza' che adottano e interiorizzano mantenendone l'utilizzo nei momenti critici nel corso del tempo, anche successivamente al termine del programma. Spesso riportano nelle condivisioni che questa breve pratica, prima ancora di agire come protezione dalla recidiva nelle sostanze, li aiuti a gestire le relazioni senza l'abituale reattività e come questa assenza di impulsività venga riscontrata, con stupore, anche da qualche familiare (peraltro il SOBER riscontra grande successo anche in un nostro adattamento del MBSR che dal 2018 è parte dell'offerta formativa rivolta ai dipendenti dell'attuale ASST Brianza).

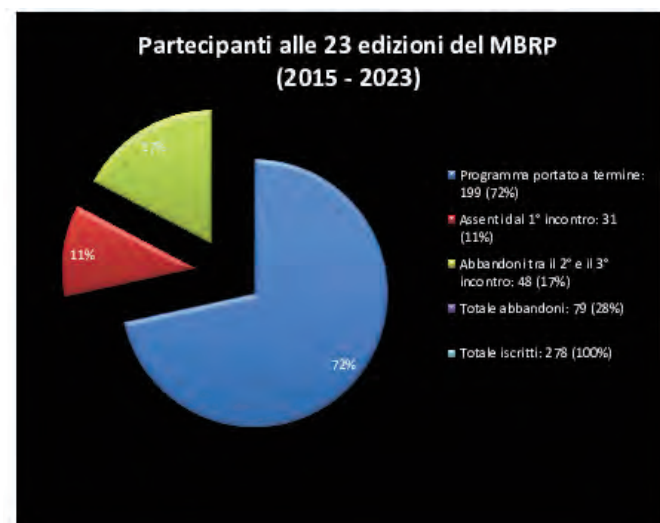
Al termine delle 8 sessioni ai partecipanti viene fornita una specifica bibliografia. Viene inoltre offerta la possibilità di proseguire la pratica in gruppo con incontri mensili volti a “mantenere allenato il muscolo della consapevolezza!” e approfondire le tematiche affrontate durante il programma. Si è così formato un gruppo denominato MMM, Mantenimento Mensile della Mindfulness, a composizione variabile e costituito da “uno zoccolo duro” di praticanti. Inoltre, a chi lo richiede, viene offerta la possibilità di partecipare ad ulteriori edizioni del programma MBRP; questi inviti hanno sempre raccolto svariate adesioni.

Il gruppo MMM si svolge sempre in orario pre-serale (dalle 18 alle 20), un martedì di ogni mese dell'anno, secondo un calendario predefinito. L'incontro è così strutturato: pratica formale di meditazione seduta, pratica formale di meditazione camminata, lettura

relativa ad un tema di pratica di consapevolezza tratta da testi specifici, condivisione, pratica conclusiva di Metta (Amorevole Gentilezza) o di una delle 3 pratiche denominate “dimore sublimi”.

Desideriamo evidenziare i più rilevanti aspetti organizzativi e procedurali della nostra esperienza: offrire una fascia oraria che agevoli l'accesso e il mantenimento dell'impegno ai partecipanti - effettuare una reiterata opera di sensibilizzazione dei colleghi per avere un numero di segnalazioni che consenta di raggiungere un numero congruo di partecipanti (8-12). A questo proposito, evidenziamo che noi conduttori effettuiamo colloqui preliminari con almeno 15 persone segnalate, prevedendo che non tutti confermino la partecipazione o che a gruppo avviato i drop-out possano essere nell'ordine di quasi il 30%, soprattutto tra il 1° e il 2° incontro - curare l'invio di mail pro-memoria ai partecipanti prima di ogni incontro e fornire il materiale da utilizzare tra un incontro e l'altro. Il testo della mail viene periodicamente perfezionato e inviato dopo ogni incontro, allegando una sintesi dei temi affrontati, l'audioguida con le pratiche di meditazione della settimana, le schede da compilare e altro materiale informativo, inclusi video istruttivi che col tempo abbiamo collezionato.

Non è esagerato affermare che MBRP vive ed evolve con noi grazie al contributo dei tanti pazienti che ci offrono l'opportunità per praticare insieme e riflettere sulle difficoltà e i punti di forza che incontrano nel diventare sempre più abili surfisti, non dimenticando mai l'aforisma di Joseph Goldstein: “Non puoi fermare le onde ma puoi imparare a cavalcarle”.



Bibliografia

BOWEN S., CHAWLA N., MARLATT G. A. (2013), Mindfulness e comportamenti di dipendenza. R. Cortina

DIDONNA F. (2016), Manuale clinico di mindfulness. Franco Angeli

GOLDSTEIN J. (2016), Mindfulness, una guida pratica al risveglio. Ubaldini

GUNARATANA H. (1995), La pratica della consapevolezza. Ubaldini

HARRIS R. (2021), Fare ACT. Franco Angeli

KABAT-ZINN J. (2021), Vivere momento per momento. ed. Tea

SEGAL Z. V., WILLIAMS J. M., TEASDALE J. D. (2014), Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. Bollati Boringhieri

PERCORSI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI PER MINORENNI E UNDER 25 ANNI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS)

Iozzi A.*^[1], Bonini S.^[2], Venè D.^[2], Magini I.^[2], Amirian V.N.^[2], Palmentieri G.^[2], Pracucci C.^[2], Barbetti E.^[2], Marcelli L.^[2], Stecchini D.^[2]

^[1]Azienda Usl Toscana Centro, UFC Zona 1 Firenze, UFS SerD C ~ Firenze ~ Italy,

^[2]Azienda Usl Toscana Centro, UFS SerD C ~ Firenze ~ Italy

Sottotitolo: L'esperienza dell'Équipe Giò&Mi presso il SerD C Q5 di Firenze

Testo Abstract

Ogni ragazzo che accede al SerD è seguito dall'Équipe multidisciplinare Giò&Mi composta da Medico, Psicologo, Educatore, Assistente Sociale e Infermiere.

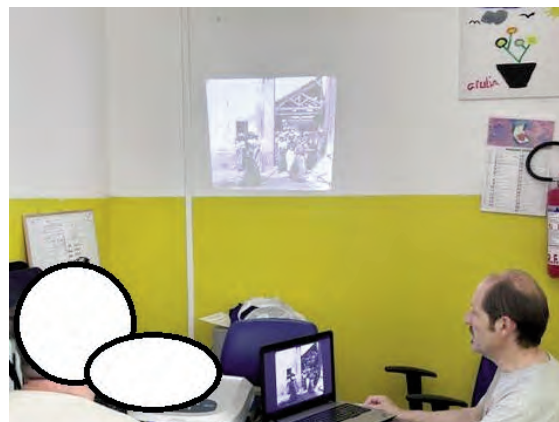
L'Équipe si dedica, oltre alla definizione di specifici percorsi di cura/riabilitazione, ad attività di formazione/autoformazione, di sensibilizzazione e prevenzione e di ricerca in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2017 si definisce come un'Équipe allargata che lavora in rete con altre Strutture e Servizi socio-sanitari del territorio e che si avvale, in particolare, della collaborazione di due realtà del Privato Sociale: "Centro di Solidarietà Firenze - Ceis" e "Associazione Progetto Villa Lorenzi".

Una coppia di Operatori dell'Équipe Giò&Mi accoglie tempestivamente il ragazzo in spazi e tempi dedicati (fascia pomeridiana dal lunedì al venerdì), cura con particolare attenzione il primo contatto con lui, si occupa di conoscere e coinvolgere attivamente la famiglia nel percorso di cura e rimane il punto di riferimento prioritario per il ragazzo e la famiglia durante l'intero percorso. La prima fase di valutazione psico-socio-educativa e infermieristica permette di definire la gravità del Disturbo da Uso di Sostanze (lieve, moderato o grave secondo i criteri del DSM 5-TR) e il tipo di percorso terapeutico-riabilitativo più idoneo per affrontare la problematica. In "soggetti consumatori", che presentano un Disturbo lieve da Uso di Sostanze, si prevede, in primis, un intervento di pre-

venzione selettiva che mira a informare, sensibilizzare e aumentare la consapevolezza rispetto all'uso di sostanze e alle conseguenze dello stesso. In base alla nostra casistica, si parla, prevalentemente, di ragazzi che: consumano thc e/o alcol; arrivano accompagnati dai genitori e/o su invio di Ussm, Uiepe, Prefettura, Commissione patenti...; studiano e/o lavorano e riferiscono di interessi e hobby; presentano buone risorse a livello personale e socio-familiare. In "soggetti che abusano", che presentano un Disturbo moderato da Uso di Sostanze, si prevede un intervento precoce che mira, anche, a individuare e a intervenire sui fattori di rischio e sulle complicità legate all'uso di sostanze al fine di ridurre la possibilità di sviluppo di una dipendenza. In base alla nostra casistica, si parla di ragazzi che: abusano di thc e/o alcol e/o cocaina; presentano maggiori problematiche da un punto di vista legale/penale; faticano a completare gli studi e/o a trovare/mantenere un lavoro; presentano maggiori difficoltà a livello psico-emotivo; hanno minori risorse a livello personale e socio-familiare. In "soggetti dipendenti", che presentano una grave condizione tossicologica spesso con comorbidità psichiatrica, si prevede, oltre alla terapia farmacologica, un intervento sulle aree di funzionamento compromesse e un intervento a più alta intensità sulla famiglia. Sono ragazzi che: presentano dipendenza da eroina e/o cocaina associata a consumo o abuso di altre sostanze (thc, alcol, amfetamine, metamfetamine, chetamina, oppioidi sintetici, psicofarmaci...); hanno scarse risorse a livello personale e socio-familiare; presentano problematiche psichiatriche, in alcuni casi anche rilevanti; hanno uno stile di vita altamente disfunzionale; sono scarsamente complianti all'aggancio e alla cura.

Per i ragazzi che presentano un Disturbo grave da Uso di Sostanze, esiste c/o il Servizio il Progetto "I ragazzi del Sommergibile". La metafora del Sommergibile, scelta dai ragazzi, rappresenta la possibilità di riemergere da una situazione di vita compromessa dall'uso di sostanze e di trovare attraverso la "navigazione" un nuovo proprio progetto di vita. Il Progetto prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi: costruire un ambiente accogliente, flessibile, adattabile, non stigmatizzante dove sentirsi "visti", ascoltati e riconosciuti; costruire e rafforzare una relazione di fiducia fra Operatori e ragazzi favorendo la compliance al progetto riabilitativo; favorire la nascita del gruppo e il suo consolidamento attraverso la condivisione di momenti formali e informali e di attività, dentro e fuori il SerD, proposte e costruite insieme ai ragazzi; ridurre fino a sospendere l'uso di sostanze; coinvolgere i familiari/le figure significative; definire obiettivi e progetti individuali dandosi il tempo per riflettere sul proprio percor-

so e costruendo una rete di supporto intorno ai ragazzi. Il Progetto "I ragazzi del Sommergebile", attivato nel 2017, ha iniziato e concluso vari cicli nel corso di questi anni. Attualmente, con i ragazzi inseriti in questo nuovo ciclo, il principale obiettivo è quello di aiutarli gradualmente a riconoscere, esprimere e validare i propri vissuti emotivi, fra cui la rabbia e il "senso di vuoto", e i propri pensieri disfunzionali che spesso vengono "gestiti" ricorrendo all'uso di sostanze. Attraverso una serie di attività-suggestioni, pensate e organizzate insieme a questi ragazzi (laboratorio di musica, laboratorio di cinema, visite guidate, incontri tematici), si sta cercando di favorire una maggior consapevolezza rispetto a cosa accade dentro e intorno a loro e di interrompere certi automatismi legati alla ricerca e all'assunzione delle sostanze (all.1 Laboratorio di musica, all.2 Laboratorio di cinema, all.3 Laboratorio espressivo1, all.4 Laboratorio espressivo2, all.5 Laboratorio espressivo3, all.6 Visita guidata agli Uffizi).



9.10

LE STORIE CHE CURANO: SCRITTURA TERAPEUTICA E LAVORO SUL SÉ

Barbara B.*^[1], Asaro M.^[1]

^[1]Serd.D Alcamo ASP Trapani ~ Alcamo ~ Italy

Sottotitolo: Il presente lavoro nasce nell'ambito della clinica sistemico relazionale e approfondisce l'utilità della scrittura nella terapia delle dipendenze patologiche. Narrare la propria storia e scrivere le emozioni connesse alle relazioni significative, è un buon medium per un lavoro terapeutico personalizzato.

Testo Abstract

"La scrittura non è magia ma può diventare la porta d'ingresso per quel mondo che sta nascosto dentro di noi.

La parola scritta ha la forza di accendere la fantasia e illuminare l'interiorità"
Aharon Appelfeld

La scrittura terapeutica è una delle tante tecniche utilizzate in psicoterapia, perché aiuta molto i pazienti che hanno difficoltà ad esternare verbalmente ciò che accade loro, a condividere i loro pensieri dolorosi e indicibili. Per queste persone scrivere è un modo per tirare fuori tutto quello che li riguarda, senza subire pressioni, né provare vergogna.

"L'atto di costruire storie è un naturale processo umano grazie al quale gli individui arrivano a comprendere le proprie esperienze e se stessi".(1)

La scrittura terapeutica permette di accedere alle emozioni, anche quelle più difficili, e di trasformarle in resilienza; scrivere aiuta a dare senso, a costruire nuove parti di noi.

"La storia personale di ciascuno di noi è uno zaino pieno di cose belle e brutte mescolate insieme, il cui peso spesso rallenta il nostro cammino. È importante aprire talvolta lo zaino, per eliminare o mettere da parte le cose brutte che ci sono capitate, quelle di cui ci siamo vergognati, gli errori che abbiamo commesso, il male fatto e ricevuto. È tuttavia meraviglioso scoprire che in quel bagaglio ci sono anche cose buone:

le nostre radici, la nostra essenza, la purezza dei primi passi, le nostre battaglie e le nostre vittorie, il fuoco sacro seppellito sotto la cenere della depressione, della rabbia, del rancore, della rassegnazione".(2)

Nel mondo della clinica delle dipendenze, la scrittura terapeutica può essere usata con molti pazienti perché si rivela molto efficace per affrontare temi difficili e dolorosi.

Marco ad esempio ha cominciato a fare un massiccio uso di cannabinoidi a 17 anni dopo la morte della madre per un tumore al seno, rappresentando tale abuso, un modo per lenire il dolore, per non sentire e stare nella "leggerezza". Dopo diversi episodi di "fallimento" nella sua vita, a 21 anni chiede una presa in carico al SerD dove sta cercando di affrontare tutto il suo dolore, lavorando sulle sue emozioni "reali": la scrittura per lui è un validissimo sostegno.

Queste parole sono tratte da una delle tante lettere alla madre:

"Ciao mamma, ti ho pensato, ti sto pensando, ti penso. Anche stasera, come le altre, ho visto quel gatto nero passare sotto casa mia, alla solita ora, come una routine, anche se non ha l'orologio. Mi sono messo a fumare una sigaretta, a pensare un po', il fumo mi è salito negli occhi, il mio occhio sinistro stava cominciando a piangere, e istintivamente mi stavo mettendo a piangere. D'improvviso un colpo di vento, un brivido lungo il braccio, che sapeva tanto di carezza e di abbraccio. Ho immaginato che fossi tu, che mi stessi abbracciando, e poco dopo in una canzone la frase "you went in search of someone else" come se ti stessi, appunto, cercando in qualcos'altro, o qualcuno. Sono immerso nei miei pensieri, ti penso e ti scrivo, ti sto affrontando. Imparo a combattere i miei mostri nell'armadio, forse li sto semplicemente incontrando. Forse non sono dei mostri, forse mi appartengono. Completamente al buio, con la sola luce della finestra aperta e del telefono che non disturba. Penso anche a te Neve, manchi anche tu tanto, mai così un gatto. Non so se sei viva, non so se sei serena, non so più nulla. Aspetto di sognarti, magari per avere un altro tuo ricordo, magari per viverti un altro po'. Mi dispiace che sia andata così, mi dispiace che tra noi sia nata diffidenza, mi dispiace che sia finita così. Ti voglio bene, e te ne vorrò sempre, dal giorno in cui cominciai a curarti da quel raffreddore con te ancora piccina, fino al giorno in cui ci separammo, ormai te cresciuta, forse mai così triste come allora. Mi dispiace mamma, non hai potuto vedermi, io ti ho vista solo da lontano, questo credo sia il mio rimpianto: non aver avuto la forza di andarti incontro. Eppure il giorno dopo tu eri sulla bara, con un sorriso sereno e una lacrima che ti scendeva dagli occhi, fino all'ultimo di

una forza potente e viva. Ho pianto tanto per te quel giorno, ho pianto al tuo funerale, ho pianto ubriaco mentre cercavo di avvicinarmi a te sulla soglia del coma, e continuo a piangere ancora adesso, per te. Non so dove sei, non so se ci sei, non so. Non so niente, eppure con me ci sei sempre. Oggi a fine serata di lavoro, la coppia che tanti problemi ha, si guardavano seduti sorridenti chiacchierando. Se ci penso non so se immaginarti con papà, però papà ha pianto per te sorridendo, e forse mi rendo conto che anche lui è forte; magari non quanto te, però fa il suo. Ti penso mamma, e penso anche a Neve, lei che non hai potuto conoscere, anche perché probabilmente non l'avremmo nemmeno mai presa, però anche lei era forte, come te. A ripensarci il suo pelo mi ricorda adesso la tua chioma corta, simbolo del malessere, malessere che ti ha tolto la vita, forse dal nulla. Eppure lei mi ricordava te sin dal modo di darmi affetto: nonostante tutto. Nonostante i miei rimproveri, le mie urla, il mio versamento di odio. Odio non perché la odiassi. Odio non per lei, ma per me, per come mi sono ridotto. Mi dispiace mamma, mi dispiace Neve, mi dispiace con tutto il mio cuore, forse con tutta la mia vita, probabilmente con tutto di me. mi dispiace.”

Questo è il modo che Marco predilige per parlare del suo dolore e per permetterci di entrare ed essere presenza viva accanto a lui.

Denis è invece un giovane di 25 anni, una vita trascorsa in strada a farsi di eroina. Figlio di genitori tossicodipendenti, all'età di 4 anni è stato allontanato da loro ed è cresciuto in una famiglia affidataria. Oggi sta seguendo un percorso al SerD e la scrittura è un mezzo per narrare la sua storia e condividere emozioni dolorose:

“Ora sono tre anni che non ci sentiamo, come potrai intuire questa lettera indirizzata a te non è di piacere e neanche per riversare il mio astio e la mia rabbia nei tuoi confronti, o forse sì. Da parte mia, più che altro c'è una grossa delusione. Tu come padre mi hai spezzato il cuore. Nonostante i tuoi errori, che ogni essere umano può fare, mi hai insegnato la via del perdono, a voltare pagina e nonostante il tempo che ci è stato strappato via, tu mi hai trasmesso dei valori importanti. Poi sei sparito per 10 anni e nel periodo in cui non c'eri io ho sofferto molto la tua mancanza. Dall'ultima volta che ci siamo visti 3 anni fa sono cambiate molte cose: innanzitutto nella mia vita adesso c'è una persona che mi ama ed io amo da morire... tu avevi non un figlio ma due che vivevano per strada e dormivano sul marciapiede. Ma tu dove eri quando mio fratello stava morendo in ospedale, e ti aveva pure chiamato...io una volta credevo in te ma con il passare degli anni ho capito che sei una persona egoista... ho cam-

biato il mio giudizio nei tuoi confronti, hai perso un figlio che ti amava, io ora il mio amore lo do a chi lo merita... adesso mi sto concentrando su di me e anche se gli ostacoli sono moltissimi, sono fiero del coraggio che sto dimostrando e della vita che sto cercando di costruire”.

Nelle lettere che Denis scrive ad ogni membro della sua famiglia e agli adulti che ha incontrato nel suo percorso, emerge il suo bisogno di esplorare le sue relazioni significative, di misurarsi con la rabbia e l'autodistruttività, di cogliere il senso della sua vulnerabilità.

Come scrive Sonia Scarpante “Grazie alla scrittura ho imparato a confrontarmi con la faccia poliedrica di ciò che ognuno di noi chiama il suo “me stesso”. Ho imparato a recuperare un mio senso della vita. Ho imparato a vedere nelle mie emozioni, dando loro parola. Senza temere il timore. La scrittura terapeutica è un viaggio verso la propria interiorità, cercando di dare parola al nostro vissuto, a ciò che siamo stati e a ciò che ci realizza oggi. Un percorso della memoria per riprendere il senso di ciò che siamo stati, le nostre incongruità e le impalcature che abbiamo costruito nel tempo rinunciando spesso al nostro sé, ad essere coerenti, congruenti con noi stessi”.(4)

La scrittura terapeutica, che dà la possibilità di scrivere di sé e rivedersi da prospettive differenti grazie ai rimandi del terapeuta, sfocia spesso in una sensazione di benessere psicofisico e di distensione che risveglia risorse personali fino a prima dimenticate o nascoste. L'obiettivo principale è quello di accettare se stessi, perdonarsi e amarsi senza scorciatoie o illusioni effimere.

Bibliografia

1. Pennebaker J. Smyth J. *Il Potere della Scrittura Tecniche Nuove* 2017
2. Scarpante S. *Pensa, scrivi, vivi. Il potere della scrittura terapeutica*, TS Edizioni, 2022
3. Appelfeld A. *Storia di una vita Guanda* 2008
4. Scarpante S. *Parole evolute. Esperienze e tecniche di scrittura terapeutica Sampognaro & Pupi Editore* 2015

Area tematica 10 CARCERE, PROGRAMMI ALTERNATIVI ALLA PENA

10.1

PERCORSI RIABILITATIVI E MISURE ALTERNATIVE ALLA CARCERAZIONE NEL DDP/SER.D. DELLA ASL BAT

Mansi G.*^[1], Zotti A.^[1]

^[1]DDP/SerD ASL BAT ~ ANDRIA ~ Italy

Sottotitolo: L'esperienza e i dati del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP/SER.D.) della ASL BAT nei Servizi per le Dipendenze di Andria, Barletta, Trani-Bisceglie, Margherita di Savoia, Canosa di Puglia relativi ai percorsi di misure alternative alla detenzione.

Testo Abstract

Introduzione

Il programma terapeutico introdotto nell'affidamento per effetto della legge 297/85 e successive modifiche e dal DPR 309/90 qualifica gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della persona con dipendenza da sostanze al fine di consentirle di trasformare l'esperienza detentiva in un'occasione di recupero e reinserimento sociale attraverso l'offerta di opportunità terapeutico-riabilitative.

La pena detentiva infatti non sempre costituisce un deterrente dissuasivo efficace e la tendenza alla recidiva è sempre molto alta. La lettura scientifica sul tema dimostra come l'esperienza carceraria unita alla dipendenza sembra ridurre le probabilità di successo nel recupero; i beneficiari delle misure alternative invece rischiano di meno di ricadere nel reato.

Il carcere, seppur meglio strutturato come Unità Operativa, non è e non deve essere un luogo di cura delle dipendenze: molti studi dimostrano che le strutture penitenziarie risultano inadeguate per il recupero del soggetto con dipendenza e che l'esperienza delle Comunità Terapeutiche e dell'affidamento ai Servizi portano spesso ad outcome positivi. Le persone affette da tale condizione possono e devono essere inserite in programmi di cura e riabilitazione sia territoriali che

residenziali al fine di recuperare una vita sana e ben integrata sia socialmente che lavorativamente. Il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa definisce con il termine PROBATION l'esecuzione in area penale esterna di sanzioni e misure definite dalla legge ed imposte ad un autore di reato e corrispondono a: misure alternative di comunità, messa alla prova, liberazione condizionale, lavoro di pubblica utilità, sanzioni sostitutive delle pene detentive brevi, misure di sicurezza non detentive.

Le misure alternative alla detenzione includono: l'affidamento in prova al Servizio Sociale, la semilibertà, la detenzione domiciliare. Tali istituti sono concessi dal Tribunale di Sorveglianza sulla base di specifici requisiti definiti dalla normativa.

Una particolare forma di affidamento in prova è quella rivolta alle persone con dipendenza da sostanze che intendano intraprendere o proseguire un programma terapeutico, prevista dall'art. 94 del DPR 309/90. La possibilità di accedere all'affidamento e la tipologia di percorso seguita dipendono da vari aspetti: reato commesso, lunghezza della pena, condizioni sociali e psicologiche.

Gli obiettivi del paradigma rieducativo-riabilitativo (Giuffrida M.P., Palumbo M., 2004) vanno oltre la mera conclusione positiva della misura detentiva. Puntano altresì ad ottenere un reinserimento sociale della persona attraverso un progetto individualizzato.

L'attivazione dell'intervento di rete con gli altri Servizi ha lo scopo di assicurare l'adesione del soggetto al percorso di recupero. In tal senso è necessario un efficace coordinamento tra organi giudiziari, i SerD, le Associazioni del Privato Sociale ed i Servizi Sociali. Nella ASL BAT sono presenti n.6 Servizi Territoriali per le Dipendenze dislocati nei comuni di Andria, Barletta, Trani-Bisceglie, Margherita di Savoia, Canosa di Puglia che si interfacciano con organi giudiziari come UEPE (Ufficio di Esecuzione Penale Esterna) e USSM (Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni) allo scopo di implementare programmi di intervento riabilitativi che tengano conto delle caratteristiche della realtà locale e delle specificità del soggetto che vi si sottopone. La presa in carico è congiunta e multidisciplinare, così come previsto dalla normativa vigente, raccordando le esigenze giudiziarie con quelle terapeutiche.

Materiali e metodi

L'attività ambulatoriale del DDP/SerD dell'ASL BAT prevedono una valutazione medica e psicologica della persona con dipendenza; l'eventuale somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagonistiche, compreso il monitoraggio clinico-laboratoristico, con l'obiettivo del superamen-

to dello stato di dipendenza anche dai farmaci sostitutivi; la terapia psicologica individuale e familiare; l'intervento sociale, volto alla valutazione e alla strutturazione di programmi di intervento e di inserimento socio-lavorativo.

Le équipes multidisciplinari sono composte dalle figure del medico, infermiere, psicologo e assistente sociale. Le persone destinatarie di misure alternative possono svolgere anche esperienze di volontariato presso associazioni, enti ecclesiastici, privato sociale, enti del Terzo Settore con i quali il DDP/SerD ha stretto accordi di partenariato, nell'ottica di un modello di Welfare comunitario orientato all'integrazione tra Servizi sanitari e sociali.

Risultati

Nel periodo di Gennaio 2022-Giugno 2023 sono stati presi in carico e trattati dal DDP/SerD di Andria, Barletta, Trani-Bisceglie, Margherita di Savoia, Canosa di Puglia un totale di n.67 pazienti con misure alternative alla detenzione. Di cui: n. 21 di Andria; n.11 di Barletta; n. 8 di Trani-Bisceglie; n. 17 di Margherita di Savoia; n.10 di Canosa di Puglia. Di questi, i Minori presi in carico sono stati n.3 (n.1 Barletta, n.1 Margherita di Savoia, n.1 Andria).

Le persone prese in carico hanno effettuato dei programmi ambulatoriali così strutturati:

- monitoraggio tossicologico settimanale su campione biologico (urine);
- valutazione ematochimiche/strumentali periodiche;
- colloqui di sostegno psicologico settimanali/quindicinali;
- colloqui con l'Assistente Sociale periodici;
- visite mediche periodiche.

Sono state effettuate n. 13 totali esperienze di volontariato (19,4% del totale), svolte presso enti ecclesiastici e del privato sociale.

Il numero totale delle recidive di reato è stato pari a n. 6 (8,9% del totale).

Conclusioni

A fronte della complessità dei cambiamenti sociali in atto, la dipendenza da sostanze rappresenta un importante problema sociale: in questo senso la presa in carico di pazienti con dipendenza e destinatari di misure alternative rappresenta una tema sfidante per i DDP/SerD, i quali oltre a porre un argine all'impatto esercitato dalle dipendenze patologiche sulla popolazione possono trasformare la domanda d'aiuto in creazione di valore sociale (Floro R., 2023).

Le Nazioni Unite sostengono un cambiamento di strategia nella lotta alla droga, intendendo il consumo di sostanze come un problema di salute e non come un

crimine ed è importante indirizzare i soggetti con problemi droga-correlati verso sistemi di cura appropriati.

L'esperienza del DDP/SerD della ASL BAT qui descritta e molti studi evidenziano che le varie forme di esecuzione penale esterna producono numerosi esiti positivi: l'affidamento ai Servizi ha il vantaggio di non avvicinare le persone con problemi di dipendenza alla realtà carceraria, ai suoi rischi criminogeni con il possibile aggravamento dei problemi sanitari e sociali. Tali percorsi incidono positivamente sul rischio di stigmatizzazione e riducono le probabilità di recidiva rispetto alle pene detentive svolte negli Istituti Penitenziari. Inoltre, attraverso questi percorsi l'accesso ai programmi di cura è facilitato (Teta E., 2016).

Per quanto detto è di fondamentale rafforzare le azioni già esistenti. In questo senso il DDP/SerD ASL BT si sta adoperando per potenziare i programmi di inclusione sociale e per promuovere una cultura condivisa fra i diversi Servizi territoriali per le dipendenze; sono stati stabiliti accordi con l'UEPE, l'USSM, la Prefettura della Provincia di Barletta Andria Trani, per azioni di prevenzione in primis per la fascia di età degli adolescenti.

Bibliografia

Floro R., *Atti Convegno FeDerSerD, Maggio 2023, Taranto.*

Giuffrida M.P., Palumbo M., *La pena dell'alcol. Una ricerca-azione sull'efficacia dell'intervento sociale nelle misure alternative, 2004, Edizioni Franco Angeli.*

Teta E., *Atti Convegno FeDerSerD, Settembre 2016, Torino.*

Area tematica 12

UNA RICERCA APPLICATA AL SERVIZIO DEL SISTEMA DI GOVERNANCE E DI INTERVENTO

12.1

NUOVO MODELLO DI ANALISI PER LE DIPENDENZE: RIFLESSIONI PER UN MIGLIORAMENTO DELL'INTERVENTO

Greco A.*^[1], Zucchi A.^[2], Brivio F.^[1], Crotti G.^[2],
Lazzari M.^[1], Caleca A.^[2], Bigoni A.^[1], Randazzo L.^[3],
Zambetti E.^[1], Maffi S.^[3], Fagnani L.^[1], Salvatore B.^[3]

^[1]Università di Bergamo - Dipartimento Scienze Umane e Sociali ~ Bergamo ~ Italy,

^[2]ATS Bergamo - Servizio Epidemiologico Aziendale ~ Bergamo ~ Italy,

^[3]ATS Bergamo - SC Percorsi di presa in carico nelle aree Salute Mentale e Dipendenze e Disabilità ~ Bergamo ~ Italy

Sottotitolo: Caratteristiche epidemiologiche e profilazione qualitativa del fenomeno e della rete dei servizi per le dipendenze nella provincia di Bergamo: un nuovo modello di analisi per delineare possibili miglioramenti di interventi

Testo Abstract

La ricerca nasce dall'esigenza riscontrata dagli operatori afferenti ai servizi ambulatoriali pubblici e privati - Servizi per le Dipendenze (SerD) e Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) e dalle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate della provincia di Bergamo (Terzo Settore), e dalla stessa Agenzia di Tutela della Salute (ATS), di avviare una riflessione sul tema delle Dipendenze.

Scopo del presente lavoro è indagare i bisogni e le risorse del territorio per ottenere un riscontro operativo ai temi di presa in carico da parte di tutti i servizi e, contemporaneamente, ipotizzare linee strategiche di sviluppo, promuovendo iniziative che tendono verso una maggiore integrazione della rete sociosanitaria e

degli interventi di rilievo sociale; prevedendo una maggiore governance delle realtà presenti sul territorio provinciale.

Elemento rilevante per la presente ricerca è l'utilizzo di due metodologie di analisi. Un'indagine quantitativa condotta dal Servizio Epidemiologico di ATS Bergamo ed un'indagine qualitativa condotta dall'Università di Bergamo - Dipartimento Scienze Umane e Sociali, arricchita dal lavoro di rete e di governance svolto dall'Ufficio Dipendenze di ATS. Avvicinandosi alla lettura dei dati si vuole porre una lente d'ingrandimento al fine di fornire chiavi di lettura rispetto all'offerta esistente sul territorio, includendo il monitoraggio relativo alle domande di accesso a percorsi residenziali extraregionali e residenziali regionali per il disturbo da gioco d'azzardo.

Nasce qui la necessità di promuovere un processo di dialogo all'interno della rete dei servizi, attraverso azioni di sistema a cui orientare le scelte istituzionali-politiche.

Sulla base di questi elementi, per raggiungere un livello superiore di comprensione del fenomeno delle dipendenze, ormai sempre più complesso e che investe diverse dimensioni, è apparso necessario adottare più paradigmi: ancorando il ragionamento all'analisi epidemiologica dei comportamenti di consumo e abuso, ampliando la ricerca con uno studio qualitativo, attraverso una ricognizione delle esperienze dei responsabili dei servizi e degli operatori che lavorano sul campo. Data la complessità del fenomeno, affrontato da più angolazioni e l'evoluzione dello stesso negli anni, è prevista inoltre la somministrazione di un questionario rivolto agli utenti in carico ai servizi stessi; leggere in filigrana questi argomenti ancora maggiormente l'analisi in atto, al fine d'integrare modelli teorici di riferimento, approcci metodologici e concetti psicosociali con le caratteristiche dell'utenza, proponendo alcune direttrici, orientando lo sguardo per offrire criteri di interpretazione dell'attualità al fine di promuovere un linguaggio comune.

La narrazione nuova che può emergere e si sta costruendo, proseguirà con altri elementi di sistema, attraverso una lettura condivisa da parte degli operatori che compongono la rete dei servizi delle Dipendenze, con un ruolo di coordinamento svolto da ATS che lega in modo sistemico tutti gli attori che a vario titolo (pubblico, terzo settore e formativo-accademico) si occupano del fenomeno. Tutto ciò al fine di poter operare su dati ed elementi di diversa natura e giungere ad una comprensione dei nuovi bisogni e delle nuove frontiere a cui il sistema delle Dipendenze è chiamato ad organizzarsi ed evolvere per sapersi rispondere.

Epidemiologia dei comportamenti da abuso e/o dipendenza in provincia di Bergamo

Materiali e metodi

Nel tentativo di offrire un quadro epidemiologico più completo possibile del fenomeno delle dipendenze nella provincia di Bergamo, si sono analizzati i dati contenuti nella "Piattaforma GE.DI", sistema di informatizzazione dei dati clinici ed epidemiologici dei pazienti in cura presso i Servizi per le Dipendenze (SerD e SMI) negli anni tra il 2017 ed il 2021. A partire da questa fonte, si è inquadrata la popolazione di utenti dal punto di vista demografico (età e genere), calcolandone prevalenza (soggetti in cura) ed incidenza annuale (nuovi soggetti) di utilizzo dei servizi. Per caratterizzare gli utenti sotto il profilo della sostanza e/o comportamento di abuso o dipendenza, si sono analizzate tutte le sostanze o i comportamenti di abuso del soggetto. Il singolo soggetto, considerata anche la frequenza di poli-abuso e polidipendenza, può rientrare contemporaneamente in diverse categorie. Per definire l'impatto più ampio del fenomeno delle dipendenze, che eccede il setting specifico di presa in carico e cura, si sono analizzati i database amministrativi relativi al Pronto Soccorso (PS) ed ai ricoveri ospedalieri, considerando i codici di diagnosi della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD-9-CM) sia primari che secondari, per intercettare anche esiti non legati al momento di acuzie.

Risultati e discussione

- Soggetti in carico ai servizi pubblici e privati

L'analisi dei dati di rendicontazione dell'attività rileva che tra il 2017 ed il 2021 i soggetti in cura presso i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze (SerD e SMI) sono stati mediamente pari a 6.800/anno nella provincia di Bergamo (circa 1,2 milioni di abitanti). L'86% è rappresentato mediamente da cittadini italiani, il 2% assistiti di nazionalità comunitaria e l'11% da passaporti extra-UE.

L'anno 2019 (+7% rispetto alla media), con il potenziamento del pool di erogatori privati, ed il 2020 (-5% rispetto alla media), rappresentano rispettivamente i valori massimo e minimo tra i 5 anni analizzati; il 2021 mostra segni di incremento, suggerendo una forte influenza dell'andamento del fenomeno pandemico sull'accesso ai servizi.

La prevalenza di assistiti in carico mostra pertanto un picco di 58 x 10.000 abitanti nel 2019 ed un successivo calo fino a 51 nel 2020, contro un valore stabile attorno a 54 x 10.000 Ab. nel 2017 e 2018.

Andamento pressoché parallelo si rileva esaminando l'incidenza annuale di nuovi casi, che nel 2017 si atte-

stava a 13 x 10.000 Ab. per poi crollare nel primo anno "pandemico" fino a 9,5 x 10.000 Ab. e mantenersi attorno a 10 nell'anno successivo.

- Caratteristiche demografiche dell'utenza

Il genere costantemente predominante è quello maschile (M=84%), senza cambiamenti significativi nel corso degli anni esaminati. L'analisi dell'età degli utenti, come raffigurato in Tabella 1, mostra lievi variazioni negli anni. Le classi di età più rappresentate sono quelle centrali, con maggiore prevalenza tra i 45 ed i 49 anni. Negli ultimi due anni si evidenzia un calo di utenti nelle fasce più giovani, a favore di quelle over 44 anni, probabile espressione dell'invecchiamento dell'utenza in carico e della natura tendenzialmente cronica dei disturbi nell'arco della vita dei pazienti. I soggetti minori di 24 anni rappresentano in media l'11% del totale, ma diminuiscono fino al 7,8% nel 2021, la quota degli under 29 anni rappresenta il 20% nel 2017 ed il 16,7% nel 2021.

L'età dei nuovi utenti mostra variazioni ancora più consistenti: nel 2017 oltre il 22% dei nuovi utenti aveva un'età inferiore ai 24 anni, nel 2021 solo il 15% di questi giunge ai servizi.

Tabella 1 - Distribuzione anagrafica dell'utenza

Distribuzione percentuale classi d'età	2009	media 2017-2021	2021
under 24	10,6	12	9,1
25 - 29	15,6	10,5	10,5
30 - 34	15,7	13,8	13,0
35 - 39	19,9	15,5	14,9
over 40	38,3	48,24	52,6
Totale	100	100	100

Il fenomeno di invecchiamento dell'utenza risulta ancora più evidente osservando il cambiamento della stratificazione per età degli assistiti per abuso di sostanze dal 2009 al 2021; gli ultraquarantenni, che pesavano per il 38% nell'utenza dei servizi nel 2009, rappresentano in anni recenti oltre metà degli assistiti (età media 38 anni nel 2009 e 42 anni nel 2021).

- Comportamenti e sostanze di abuso

Oltre alle caratteristiche demografiche, attraverso i database amministrativi sono state reperite informazioni sui principali comportamenti di abuso degli utenti.

Il totale dei soggetti (un soggetto può presentare più sostanze/comportamenti) "in carico" nel periodo osservato presentava nell'86% dei casi problemi legati all'abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti ad uso non terapeutico (droghe o farmaci), il 34% problemi legati all'abuso o dipendenza da alcol, il 5% problemi legati al gioco d'azzardo patologico e il 12%

risultava aver avuto accesso per problemi medico legali (inviati dalla Commissione medica legale patenti - CMLP, dal medico competente, dalla Prefettura, dal Tribunale per i Minorenni - TM).

D'altro canto, i "nuovi" soggetti, nel primo anno di presa in carico, mostravano solo nel 56,5% dei casi disturbi d'abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti (droghe o farmaci), nel 28% problemi legati all'abuso di alcol, nel 7% problemi legati al gioco d'azzardo patologico ed il 26% accedeva per problemi medico legali (inviati dalla CMLP, dal medico competente, dalla Prefettura, dal TM, etc).

Stratificando ulteriormente si nota che l'alcol (34%), cocaina (34%), oppiacei (27%) e cannabinoidi (22%) sono le sostanze di abuso più frequenti in provincia. Sono in particolare i "nuovi" soggetti in carico ad evidenziare il consistente aumento di utilizzatori di cocaina e, al contrario, un consistente calo dei consumatori di cannabinoidi, tendenza confermata anche a livello nazionale.

Dal confronto con i dati riferiti all'anno 2009 si evidenzia un importante riduzione dei nuovi accessi per consumo di oppiacei (35,5% nel 2009 vs 16,7% nel 2021) e un incremento importante dei consumatori di cocaina (dal 38,7% del 2009 al 59,6% del 2021). Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico nella provincia di Bergamo (prevalenza di 3,2 soggetti x 10.000 residenti) con età media di 47 anni, interessa sempre più marcatamente il sesso maschile; nel 2009 la quota di maschi si aggirava attorno al 71%, nel 2021 pesa per l'87%. Si nota un calo progressivo dell'utenza italiana a favore di quella straniera: nel 2021, sul totale dell'utenza, l'82,1% è costituito da italiani a fronte del 90,1% nel 2009.

- Accessi in PS e ricoveri correlati a condizioni di dipendenza patologica

Le condizioni di dipendenza, soprattutto da sostanze ed alcol, sono gravate da un importante tasso di eventi acuti, che richiede in alcuni casi l'accesso all'osservazione medica o psichiatrica.

Per tale motivo si sono analizzati i flussi amministrativi riguardanti gli accessi in PS ed i ricoveri con diagnosi principale o secondarie di patologie correlate alle sostanze psicoattive (stupefacenti e alcol) e al gioco d'azzardo, nei presidi della provincia di Bergamo tra il 2015 e 2021, nonché la presenza di comorbilità psichiatrica o organica degli assistiti affetti da dipendenze patologiche. Gli accessi in PS, con diagnosi principale e successive correlate a stupefacenti o alcol o DGA (1 solo accesso nel 2018), sono in media 1.127 per anno (207 correlati a stupefacenti e 920 ad alcol); gli eventi sanitari hanno toccato il minimo con 947

accessi nel 2020 (anno COVID), un picco massimo nel 2021 con 1.203 accessi (rispetto alla media di periodo, +18% accessi stupefacenti correlati e +29% alcol correlati). Le principali cause di accesso in PS sono alcol-correlate (82% dei casi) e stupefacenti-correlate (18%). Il tasso annuo standardizzato è pari a 84 accessi x 100.000 abitanti per alcol, rispetto ai 19 accessi x 100.000 abitanti legati al consumo di altre sostanze. Tra le sostanze di abuso più spesso legate agli accessi in PS si nota una diminuzione di frequenza di stimolanti ed allucinogeni (22,5% nel 2015 e 12,4% nel 2021) ed un aumento di cocaina (23,6% nel 2015 e 31,7% nel 2021), con un picco al 36% nell'anno iniziale della pandemia.

In media, nei 7 anni in studio, si rilevano queste frequenze: sostanze non specificate 32,4%, cocaina 30,2%, stimolanti e allucinogeni 15,4%, oppioidi 9,1%, cannabinoidi 7,3%, barbiturici e sedativi o ipnotici 5,1%, combinazioni di sostanze 0,5%. Per quanto riguarda i ricoveri con diagnosi principale e/o secondarie correlate ad abuso di stupefacenti, alcol o gioco d'azzardo patologico, se ne rileva una media di 1.154 ogni anno. La dipendenza da alcol rende ragione del 62% di questi, mentre il 37% è riconducibile a utilizzo di sostanze diverse. Si rileva un calo nel 2020 anche di questa tipologia di ricoveri con valori moderatamente inferiori a quelli degli anni precedenti. Anche nell'ambito dei ricoveri, sul totale delle schede dimissioni ospedaliere, SDO, esaminate tra 2015 e 2021, le sostanze più frequentemente rilevate sono cocaina (30% dei casi), oppioidi (17%), barbiturici e sedativi o ipnotici (7%) e cannabinoidi (6%). L'abuso di cocaina rappresenta una quota crescente di ricoveri (27% nel 2015 vs 36% nel 2021). I codici di diagnosi (sec. ICD-9-CM) più frequenti in questo pool di ricoveri sono afferenti al capitolo dei disturbi mentali (media 45%, minimo 38,6% nel 2017, massimo 53,1% nel 2020), seguiti dalle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (media il 22,2%, minimo 17,2% nel 2015, massimo 27% nel 2019).

Profilazione qualitativa del fenomeno e della rete dei servizi per le dipendenze nella provincia di Bergamo La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (2023) mostra quali sono i nuovi scenari e le tendenze che caratterizzano la situazione attuale con riferimento all'utilizzo di sostanze.

Dal panorama socio-culturale appena descritto si denota, quindi, la necessità di comprendere meglio sia i profili delle persone con dipendenza che vengono intercettate dai Servizi, sia la costante evoluzione di questo fenomeno, in particolare nella provincia di Bergamo, al fine anche di trovare nuove risposte e nuovi modi per intercettare precocemente i differenti

bisogni di operatori e utenti. Alla luce di quanto sopra, lo scopo principale della ricerca è quello di analizzare l'evoluzione delle dinamiche della rete dei servizi per le dipendenze di Bergamo e provincia per comprenderne il funzionamento, le necessità, l'emergenza di nuovi bisogni e le eventuali criticità.

Metodi

Dopo aver condotto un'indagine della letteratura nazionale e internazionale sulla diffusione del fenomeno delle dipendenze, modelli d'azione e buone pratiche, ha preso avvio il presente studio sostenuto grazie al contributo della Fondazione Comunità Bergamasca, Fondazione Istituti Educativi Bergamo e Fondazione Azzanelli Cedrelli e per la Salute dei Fanciulli. La ricerca ha visto la partecipazione ad interviste di 23 responsabili dei servizi per le dipendenze a livello territoriale, collocati a Bergamo e provincia, e la conduzione di 4 focus group con 31 operatori dei suddetti enti, divisi per sezione di competenza. Un'attenzione particolare è stata posta alla mappatura e all'analisi della rete d'offerta territoriale (tenendo in considerazione la rete allargata e la mappatura già presente a cura dell'Ufficio Dipendenze di ATS Bergamo), i bisogni intercettati all'interno dei servizi e le competenze personali e professionali richieste da parte degli operatori. Le interviste hanno avuto in media una durata di circa un'ora e mezza, mentre i focus group sono durati in media tre ore; gli incontri sono stati tutti registrati previo consenso informato. Successivamente le risposte raccolte sono state sbobinate, trascritte integralmente ed in seguito analizzate tramite il software TLAB, che si basa su due processi: l'occorrenza e la co-occorrenza (Lancia, 2012a, 2012b). Dopo aver importato il corpo di tutte le interviste come documento unico, è stata eseguita l'analisi tematica dei contesti elementari per individuare i cluster significativi. Il medesimo procedimento è stato poi condotto sulle trascrizioni dei focus group.

Risultati

Dall'analisi di interviste e focus group emergono per ognuno 4 differenti cluster equamente distribuiti. Durante la presentazione orale verranno riportati alcuni verbatim (sempre garantendo l'anonimato) che permetteranno di comprendere e contestualizzare meglio le tematiche individuate e verranno discusse eventuali differenze nella distribuzione e nella trattazione dei cluster tra i diversi gruppi.

Per quanto riguarda le interviste, nella Figura 1 possiamo osservare la distribuzione dei 4 cluster. Il primo cluster, che emerge nel 24,60% delle interviste, prende il nome di "L'evoluzione delle necessità e

Figura 1 – Distribuzione cluster tematici nelle interviste



dei bisogni nel percorso di cura dell'utenza", proprio perché composto prevalentemente da termini quali "cambiare", "utenza", "bisogno", "parlare", "evolvere". Queste parole ci mostrano chiaramente come un aspetto significativo sia quello di fare attenzione all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze ed in particolare ai differenti bisogni dell'utenza, che è sempre più eterogenea.

Il secondo cluster (30,80%) prende il nome di "La mappatura della rete dei servizi territoriali tra competenze personali e professionali nella relazione con l'utente" e si concentra prevalentemente sui punti di riferimento del territorio bergamasco che si occupano della presa in carico, sia sulle caratteristiche personali e lavorative che i vari dipendenti di tali strutture dovrebbero avere per poter garantire un'assistenza efficiente ed efficace. Questo cluster, infatti, include parole quali "territorio", "rete", "servizi", "sociale", "collaborare", "forza", "competenze".

Il terzo cluster, che emerge nel 25,20% delle interviste, ha al suo interno termini quali "comunità", "appartamento", "accogliere", "educatore", "paziente", "contesto", "sentire" e "relazione", ed è stato denominato "Gli enti e gli operatori dei servizi: un rapporto basato esclusivamente sulla burocrazia o anche sull'alleanza?". Questo titolo vuole essere una sollecitazione rivolta a tutti gli attori sociali coinvolti nella rete, al fine di poter riflettere sulla stessa, idealmente costruita non solo sulla base di accordi e collaborazioni derivanti da protocolli e leggi, dove ognuno si occupa di una singola parte, ma che sia caratterizzata anche da un dialogo aperto e "contaminato" di saperi, in cui tutti possano collaborare autenticamente e in alleanza, per creare sinergia e comunicazioni in ottica di promozione della salute dell'utente a cui si rivolgono.

Infine, l'ultimo cluster (19,50%) è stato nominato "Presa in carico e intercettazione precoce: dentro la complessità delle dipendenze". Emerge la necessità sia di amplificare quelle che sono le attività preventive - "problema", "uso", "precoce" - sia di adottare uno

sguardo altro verso gli utenti - "sostanza", "cocaina", "alcol", "gioco", "disturbi" - poiché ogni forma di dipendenza sembra avere delle peculiarità, tanto da rendere le dipendenze un fenomeno intriso di complessità.

Figura 2 – Distribuzione cluster tematici nei focus group



Per quanto riguarda i focus group, nella Figura 2 possiamo osservare la distribuzione dei 4 cluster. Il primo, che emerge nel 23,90% dei casi, prende il nome di "La dimensione della cura attraverso l'intervento clinico e terapeutico tra bisogni, domande e risorse territoriali", proprio perché composto prevalentemente da termini quali "psichiatria", "paziente", "psichiatra", "diventare", "diagnosi", che mostrano chiaramente come un aspetto significativo riportato dai partecipanti sia quello di definire un percorso e un processo di presa in carico e di cura dei pazienti che presti attenzione ai bisogni emergenti sia dall'utenza, sia dalla rete, intesa anche come rete sociale che ruota attorno alle persone con dipendenza.

Ad approfondire ciò, il secondo cluster (24,10%) che prende il nome di "La collaborazione tra famiglie e servizi per promuovere la motivazione dell'utente", si concentra prevalentemente sull'importanza della collaborazione tra la famiglia e il servizio di presa in carico, come mezzo per la spinta motivazionale - spesso labile in chi manifesta una o più dipendenze - nell'intraprendere il percorso di cura. Parole come "comunità", "ragazzo", "territorio", "inserimento", "volontariato" e "attività" ci mostrano quanto la rete sociale che ruota attorno a chi ha una dipendenza sia di fondamentale importanza per la compliance, l'aderenza al trattamento e la motivazione con cui la persona stessa può (e vuole) mettersi in gioco.

Il terzo cluster, che emerge nel 26,40% dei focus group, ha al suo interno termini quali "rete", "sociale", "assistente", "debolezza", "opportunità", "minaccia" e "forza", ed è stato denominato "La rete formale ed informale tra punti di forza, punti di debolezza,

opportunità e minacce". Da questo titolo emerge: da un lato la presenza di punti di forza e opportunità che permettono di programmare, organizzare, collaborare e ottenere risultati; dall'altro limiti e minacce (sia interne che esterne) che possono ostacolare il lavoro ed aumentare la fatica di operatori e utenti. A titolo esemplificativo, alcuni punti di forza riguardano la tempestività dell'intervento, la multidisciplinarietà e la possibilità di accedere ad una cartella informatizzata con condivisione delle conoscenze tra operatori; di contro, alcuni punti di debolezza riportati riguardano la mancanza di operatori e il conseguente ingolfamento della rete, l'assenza di una copertura a 360 gradi per rispondere ai bisogni dell'utente e le differenze di accesso ai fondi e ai finanziamenti erogati per i diversi servizi. Infine, il quarto cluster (25,50%) è stato nominato "Le diverse esperienze di dipendenza e quali possibilità di cambiamento?". Questo richiama il quarto cluster emerso dall'analisi delle interviste, soprattutto per quanto riguarda la molteplicità e la complessità del fenomeno delle dipendenze - "anno", "lavorativo", "alcol", "donna", "sostanza", "età", "ultimo", "uso", "cambiare", "aumento".

Con questo interrogativo si vuole porre l'attenzione su cosa sarà possibile fare per permettere ai Servizi che si occupano di dipendenza di evolvere parallelamente all'evoluzione e al cambiamento del fenomeno, sempre in ottica multidisciplinare e integrativa delle diverse realtà ed esperienze, che non devono essere uniformate e semplificate, ma che devono essere viste anche nella loro unicità e complessità, intesa nella sua accezione positiva, di sfida.

Conclusioni

Dalle interviste e dai focus group emerge in primis la necessità di comprendere come siano cambiate sia le dipendenze, sia i bisogni degli utenti, che si stanno sempre più diversificando; l'eterogeneità, infatti, è una caratteristica di questo fenomeno che si è resa maggiormente manifesta a seguito della pandemia. Integrazione e prevenzione sembrano essere due parole chiave ricorrenti entro il pensiero di chi è nella rete. Emerge, infatti, la volontà di volgere lo sguardo ad una maggiore collaborazione attiva e partecipativa entro la rete dei servizi; necessità manifestata dagli operatori, soprattutto con l'obiettivo di migliorare la gestione delle problematiche che emergono sia internamente ad ogni servizio, sia esternamente nel contesto sociale e territoriale. Collaborazione non solo tra enti, ma anche con le famiglie e con la rete sociale in cui ogni utente è inserito, in modo tale da accrescere le risorse del soggetto, ed alimentare in lui quella voglia e quella motivazione che lo spingono al cambiamento.

La volontà dei responsabili dei vari servizi coinvolti è anche quella di aumentare le attività di prevenzione, al fine di ridurre gli irreversibili danni causati dall'uso di sostanze. Tra gli operatori, inoltre, c'è chi manifesta anche il bisogno di aumentare le proprie competenze, personali e professionali, per poter meglio comprendere e accogliere i bisogni degli utenti, al fine di tutelare la loro salute, aiutarli a mettere in campo le risorse possedute ed indirizzarli verso un nuovo futuro, privo di sostanze e ricco di relazioni. Vengono, quindi, messe in discussione alcune normali modalità di gestione, poiché si manifesta la necessità di stare al passo con il cambiamento sociale e del fenomeno delle dipendenze, sempre più in diffusione nella popolazione giovane; ciò potrebbe essere svolto anche tramite una maggiore individualizzazione dei percorsi di presa in carico e di cura e tramite l'attuazione di differenti modalità di intervento, alla luce delle differenti variabili sociali e culturali.

Dato quanto emerso nelle interviste e nel focus group, una possibile proposta applicativa potrebbe dunque essere la programmazione di interventi di formazione multiprofessionale e interprofessionale, allargata ai diversi nodi della rete.

Tuttavia, per ampliare lo sguardo, si rende necessario un contatto anche con gli utenti e con le loro famiglie per avere così una maggiore completezza di informazioni riguardanti la realtà e il fenomeno.

È stato sviluppato un questionario anonimo che verrà rivolto agli utenti in carico ai servizi affinché possano valutare, in base alla loro personale esperienza, l'offerta presente sul territorio bergamasco. Questa seconda fase permetterà di ottenere un quadro più definito della rete.

L'auspicio futuro è che possano divenire sistematici dei momenti di riflessione allargati a tutta la rete, al fine di potersi confrontare sui dati di flusso aggiornati sulle dipendenze, per promuovere spunti di riflessione per creare e mantenere sinergie sempre più profonde e promuovere il benessere dell'utenza.

12.2

“LE VOCI DELL’EMILIA PARANOICA”: UNO STUDIO SULL’OPEN DRUG SCENE DI BOLOGNA

Ialacqua G.*^[1]

^[1]OpenGroup, Unità di Strada di Bologna ~ Bologna ~ Italy

Sottotitolo: L’oggetto di ricerca riguarda il consumo di sostanze a scena aperta (open drug scene) nella città di Bologna, con l’obiettivo di costruire un modello di intervento per questa categoria di consumatori.

Testo Abstract:

Il presente lavoro nasce dalla collaborazione con ASP Città di Bologna e con l’Unità di Strada della Cooperativa Sociale OpenGroup nell’ambito delle attività di riduzione del danno nel contesto urbano bolognese. L’oggetto di ricerca riguarda il consumo di sostanze a scena aperta (open drug scene) (Waal, 2014) e può essere sintetizzato nelle due seguenti domande:

1. Quali sono le ragioni che spingono le persone a consumare sostanze in strada?
2. Quali meccanismi e caratteristiche contraddistinguono la scena aperta di Bologna?

L’obiettivo che ci si è posti è la costruzione di un modello di intervento per il consumo a scena aperta, prendendo in esame in particolare il contesto della governance territoriale (sociale e sanitaria) e la loro interazione ambientale multilivello, soprattutto per quanto riguarda l’azione dell’Unità di Strada di Bologna.

L’indagine è partita dalle strategie per limitare il consumo di strada nelle opinioni e nei racconti dei drug user problematici, socialmente non integrati (Pavarin, 2020), che facevano riferimento al servizio dell’Unità di Strada. Nello specifico, l’analisi ha approfondito il risultato dell’incrocio tra politiche dell’Azienda sanitaria, politiche del Comune, della Regione Emilia-Romagna, delle forze dell’ordine e dell’autorità giudiziaria rispetto al contesto ambientale, inteso come incrocio tra i vari attori nell’ambito dei loro percorsi di vita, cioè drug user da un lato e complesso dei resi-

denti dall’altro.

Si è ritenuto pertanto che il contributo decisivo, il quale era assente dalla letteratura scientifica sul caso cittadino dei conflitti urbani degli ultimi anni, fosse l’opinione dei drug user in primis, in quanto rimossi dalla rappresentazione mediatica tramite il filtro dalle parole dei residenti e delle autorità (tolti alcuni casi, seppur rilevanti, come il giornale delle persone senza dimora di Piazza Grande). La dimensione mediatica assume qui tratti rilevanti poiché il policy making degli enti locali è particolarmente influenzato da questa narrazione, un fattore tra l’altro ben noto nella letteratura che ruota attorno alle politiche della broken windows theory che ha ispirato le politiche in materia di conflitti urbani nella Regione Emilia Romagna (Bukowski, 2019).

Alla base della ricerca vi è una prospettiva orientata alla Riduzione del Danno, con particolare riferimento alla formulazione di Newcombe (Newcombe, 1987). La scelta di paradigma è stata adottata per ragioni inerenti alla letteratura scientifica che vede in questo approccio la modalità tradizionalmente più adeguata e utilizzata per affrontare il tema del consumo a scena aperta (Bless, Korf, & Freeman, 1995; Waal, 2014), ma anche perché è il paradigma formalmente adottato dall’Unità di Strada, da ASP e dal Comune di Bologna. Inoltre, questo punto di vista risulta particolarmente utile per l’aggancio dei drug user nel contesto della ricerca, in ragione dell’assenza di giudizio che ne costituisce parte della metodologia (Decembrotto, 2022).

La scelta metodologica è ricaduta su due tradizioni scientifiche la cui specificità è l’assegnazione del driver principale di ricerca alla voce delle/degli attori, cioè il modello della Grounded Theory nella versione di Charmaz (Charmaz, 2015) e quello della conricerca, peculiarità della tradizione dell’inchiesta sociale italiana (Alquati, 2022; Armano, 2022).

Partendo da questi assunti, si è deciso di concentrare il lavoro in due parti:

- Una ricognizione storica comparata tra sviluppi dei servizi di RDD in Olanda e in Emilia Romagna, comprendente un approfondimento sulla città di Bologna;
- Un lavoro sul campo specifico nella città di Bologna attorno al tema del consumo in strada che ha coinvolto ASP Città di Bologna (Area Grave Emarginazione Adulta) e l’Unità di Strada della Cooperativa Sociale OpenGroup.

Nel primo caso si è deciso di comparare le politiche sulle dipendenze dei Paesi Bassi (con particolare riferimento ai servizi sul territorio) alle politiche nazionali e regionali dell’Emilia Romagna, per poi procedere ad

una ricognizione storica su Bologna che fornisse il contesto esatto in cui il servizio oggetto della seconda strategia di ricerca si era sviluppato.

Per studiare il fenomeno si è scelto di restringere la platea delle possibili interlocutrici/ori in tre categorie:

- Osservatori privilegiati (ruoli di coordinamento ed esperti);
- Operatrici/ori del servizio;
- Persone senza dimora che consumano sostanza in strada e che frequentano il Drop-in "Fuori Binario" in Via Carracci 59.

Gli strumenti utilizzati hanno riguardato un approccio mixed-method; nella ricognizione storica nei Paesi Bassi ci si è avvalsi soprattutto della letteratura scientifica internazionale e dei dati provenienti dalla EMCD-DA, dalle nazioni Unite e dalla CBS (l'istituto di statistica olandese), in quest'ultimo caso si è fatto accesso agli open data e alle scansioni dei registri storici cartacei disponibili. Nella ricognizione regionale e bolognese i dati sono provenuti in gran parte dalla Regione Emilia Romagna e dai SerDP della città di Bologna (in particolare dell'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano). La codifica di queste fonti è avvenuta su base essenzialmente cronologica, facendo emergere i trend da verificare dove possibile con gli strumenti sul campo: parte di questi ultimi (in particolare alcune interviste) sono state integrate già a partire dalla ricognizione su Bologna.

Gli strumenti qualitativi, invece, sono costituiti da interviste di profondità e si sono concentrati soprattutto sulla fase di studio sul campo, con una funzione preparatoria per gli Osservatori Privilegiati, una doppia funzione preparatoria e di emersione per quanto riguarda operatrici/ori e unicamente di emersione per quanto riguarda le persone senza dimora individuate. Per poter individuare il target finale delle interviste è stato necessario intervallare le interviste qualitative ad una fase di osservazione partecipante (questa fase era stata preceduta da un'altra di accesso al campo, non documentata, che era durata da maggio a giugno 2022) all'interno del servizio, durata da febbraio a marzo 2023, che ha avuto come outcome sia dei diari giornalieri di osservazione sia l'aggancio con le persone da intervistare. La fase di osservazione è stata presentata durante un'assemblea con le persone che accedono al servizio in cui è stato chiarito chi fossi e perché mi trovassi lì, sono state inoltre illustrate le fasi del lavoro ed è stato apertamente comunicato che la partecipazione allo studio e all'osservazione era assolutamente volontaria e protetta dai rischi derivanti dalla non tutela della privacy (i nominativi dell'equipe non corrispondono a quelli reali, mentre per i drug user si è utilizzata solo la prima lettera del nome tran-

ne nei casi in cui la lettera coincideva).

L'Unità di Strada, con il cambio di sede nel marzo del 2022, è riuscita a mettere insieme due vocazioni dei servizi di riduzione del danno in tema di dipendenze: drop-in, un luogo in cui poter avere un sollievo dalla vita di strada e in cui poter accedere a una serie di comodità e servizi (indoor); outreaching, intercettare e garantire possibilità di accesso a materiale sterile e ad altri beni di prima necessità direttamente nel luogo di vita (outdoor). L'attività di outreaching è stata portata avanti ininterrottamente dal Comune di Bologna e dall'antesignano della cooperativa a cui adesso è affidata fin dal 1998 (Redattore Sociale, 2001), in sinergia con un altro servizio storico che è l'Unità Mobile del SerDP dell'AUSL di Bologna (il primo servizio che ha offerto in Italia la somministrazione delle terapie metadoniche direttamente in strada) (Giancane, 28 ottobre 2016). La divisione funzionale dei due servizi prevede che l'UdS faccia direttamente l'aggancio e la distribuzione in strada del materiale sterile (needle exchange, materiale per consumo per inalazione o per smoking) e di altri beni di prima necessità (acqua, tè, biscotti) per poi garantire e filtrare l'accesso alla terapia metadonica o ad altre terapie (per consumatori di alcool, per il consumo di cocaina ecc.) attraverso l'Unità Mobile. Nel tempo l'organizzazione dell'UdS si è modificata, facendone un servizio con maggiore autonomia e d'altra parte allargando l'offerta terapeutica alle popolazioni vulnerabili fino all'attuale disposizione che prevede l'accesso alla rete sanitaria tramite l'UOC Dipendenze Patologiche e attività assistenziale alle Popolazioni Vulnerabili dell'AUSL di Bologna.

Il risultato garantisce:

- Presa in carico sociale (Servizio Sociale a Bassa Soglia in mancanza di residenza sul territorio o fittizia, Servizio Sociale Territoriale negli altri casi);
- Posti dormitorio in emergenza o temporaneamente di sollievo (presso la rete della Grave Emarginazione Adulta di ASP);
- Presa in carico presso i CSM (tramite il gruppo Vulnerabilità dell'AUSL);
- Supporto per le prese in carico per le persone straniere con problemi legati alla residenza o alla cittadinanza (tramite il gruppo Vulnerabilità e Migranti dell'AUSL);
- Accesso a servizi specialistici (es. Centro CASA per persone che vivono con HIV).

L'attività di outreaching si compone inoltre di una parte di mappatura e monitoraggio (nei luoghi storicamente di consumo e dove indicato dalle segnalazioni dei cittadini e degli enti locali) che ha permesso di allargare la conoscenza circa le abitudini e i luoghi

urbani adatti al consumo a cielo aperto. Infine, un progetto sperimentale dal titolo "Stop HCV" ha permesso per un anno di fare lo screening direttamente in strada per la positività ad HCV (con il qualitativo molecolare da fare al drop-in per conferma) e di garantire poi il linkage to care tramite un canale preferenziale con il reparto malattie infettive dell'AOSP Sant'Orsola.

Per quanto riguarda le attività indoor invece la logica è stata quella di ricostruire un ambiente in cui restituire una quotidianità maggiormente ordinaria, intesa in questo senso come la possibilità di un ambiente destigmatizzato. La sfida del servizio è stata perciò quella di costruire un'offerta che fosse spazialmente un vaso comunicante tra la strada e la struttura, ma non solo: garantire il collegamento con la rete dei servizi territoriali è la sfida più impegnativa, considerando le caratteristiche di una popolazione soggetta a stigma e con ostacoli all'aggancio dovuti alle condizioni socio-ambientali. Da queste premesse si è mossa la ricerca sul campo, indagando in particolare le motivazioni legate alla scelta della scena aperta come luogo di consumo e alle difficoltà ad essa connesse.

Le difficoltà rispetto alla rete territoriale riguardano in particolare la condizionalità dell'accesso, nonostante infatti una larga presenza di servizi a Bassa Soglia, sono i punti di accesso a rappresentare la vera problematicità: la presa in carico sanitaria e quella sociale sono legate per diversi aspetti alla condizione di residenzialità e alla cittadinanza italiana, in presenza di servizi a Bassa Soglia il problema diventa peculiare perché proprio l'impossibilità di accedere a percorsi ulteriori che vadano nella direzione dell'integrazione sociale effettiva crea una cristallizzazione dei percorsi di vita delle persone nella rete della Grave Emarginazione Adulta, contribuendo alla cronicizzazione.

Quando la presa in carico avviene in assenza di documenti la condizionalità diventa particolarmente forte, sul lato sanitario è la compliance ai percorsi terapeutici dell'Unità Mobile a mantenere il legame con la rete sanitaria; sul lato sociale invece l'accesso al Servizio Sociale a Bassa Soglia è legato da un lato alla permanenza sul territorio (la presa in carico è sfavorita per chi sta da poco tempo in strada) e ad altre condizioni di urgenza, dall'altro la residenza fittizia viene rilasciata contra legem solo per le persone senza dimora inviate da SBS e che hanno alle spalle alcune annualità di vita in strada. Se questa condizione è trasversale alle persone senza dimora, la specificità per le persone che consumano sostanze (soprattutto in presenza di dipendenze cronicizzate) è la necessità di un luogo stabile in cui vivere per poter riorganizzare la propria vita, la routine della vita in strada infatti è gravata dai

cicli del consumo e dal reperimento delle risorse economiche per consumare: una condizione molto più gravosa (poiché dettata dall'urgenza) che nel resto della popolazione senza dimora. Un'altra questione trasversale riguarda le carenze di risorse, quindi la scarsità di housing sociale sul territorio rispetto al numero della popolazione e dall'altra parte la mancanza di posti sul versante sociosanitario (dettato, tra l'altro, non solo da ragioni numeriche ma anche di compatibilità tra fasce di utenti diverse).

Per quanto riguarda la presa in carico sanitaria, a costituire la maggiore difficoltà è lo scarso numero di PIC (prese in carico) settimanali per la terapia metadonica da parte dell'Unità Mobile: quella che dovrebbe essere un aggancio caratterizzato da rapidità (anche perché emerge in condizioni di bisogno e sparisce quando non ve n'è più) spesso deve attendere anche diverse settimane per potersi effettivamente realizzare. Inoltre, la routine della terapia metadonica il cui percorso predisposto dall'AUSL prevede una compliance quasi perfetta (dopo la seconda assenza giornaliera si chiude formalmente la PIC) non è compatibile con lo stile di vita dei consumatori e diventa accettabile solo per i consumatori con una lunga dipendenza alle spalle o con situazioni di craving particolarmente debilitanti. Accanto a questo, la presa in carico psichiatrica (legata ai CSM) non prevede modalità compatibili con il target delle persone che vivono in strada, prevedendo l'accesso diretto alle strutture e senza una reperibilità effettiva, cosa che sarebbe molto diversa con servizi psichiatrici dedicati a questa fascia di popolazione e non riferiti solo alla popolazione generale.

Tra le varie questioni emerse, la più rilevante è stata prodotta dal tracking dei movimenti sul territorio, attraverso il quale è stato possibile teorizzare "il sistema della clessidra aperta". I movimenti di espulsione dai luoghi del consumo (per azione delle FF.OO. o delle politiche comunali) generano un movimento ciclico in cui i consumatori trovano nuovi posti per poi tornare nei luoghi originariamente scelti quando tornano disponibili. Questi luoghi, perciò, sono disponibili a tempo (clessidra) e costituiscono luoghi di passaggio di un ciclo di posti visitabili durante il proprio ciclo del consumo nel tempo senza mai raggiungere una destinazione finale in cui stabilizzarsi (da qui la clessidra "aperta"). Questa mancanza di destinazione è dettata sia da ragioni legate alla non stabilità residenziale (la mancanza di una casa in cui è possibile consumare, cosa non possibile nell'housing sociale) sia alla mancanza di luoghi protetti destinati al consumo, come appunto le Drug Consumption Room (in Italia chiamate "stanze del consumo") (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004; de Gee,

van der Gouwe, Woods, Charvet, & van der Poel, 2019). Queste ultime rappresentano l'unica soluzione possibile per chiudere il ciclo della clessidra aperta e poter diminuire la presenza in strada.

Una parte rilevante delle interviste è stata dedicata alle proposte che drug user ed equipe vorrebbero implementare per rispondere ai problemi connessi al consumo a scena aperta. Partendo da queste risposte e incrociandole con le evidenze dell'analisi sul campo, è stato costruito un pacchetto di proposte che intervenga sul breve e sul lungo periodo per rispondere ai bisogni di questa popolazione. Il perno di queste proposte ruota attorno all'istituzione delle Drug Consumption Room, luoghi già sperimentati in Europa e nel resto del mondo che costituiscono l'unica risposta possibile all'interruzione del sistema della clessidra aperta, anche perché l'obiettivo del consumo zero non è realistico (come riconosciuto anche dalla Regione Emilia Romagna nella DGR 1533/2006, p.7).

Le proposte vanno nell'ottica di una rimodulazione globale della rete dei servizi, necessaria rispetto allo

scopo. La ricerca sul campo ha fatto emergere i limiti della RDD intesa come solo patrimonio di tecniche: se si vuole rispondere alle richieste della cittadinanza e se si vogliono trovare dei meccanismi di controllo rispetto al consumo di sostanze in strada, ciò richiede necessariamente ai policy maker, Comune di Bologna in testa, di introdurre una certa dose di pragmatismo. Non si chiede qui di aderire ideologicamente alla RDD, ma di coglierne gli aspetti strutturali e a sua volta di utilizzarla nella sua complessità. Non ci sono strade senza difficoltà, ma quelle proposte sono sicuramente più semplici e meno dispendiose del binomio procrastinazione/sovra-rappresentazione della propria capacità di controllo che ha attraversato le policy fino ad adesso. In ogni caso, senza toccare con mano la vita delle persone che consumano in strada nessun ricetta-rio sarà mai implementabile: l'invito finale che emerge da questo lavoro di ricerca è quello di non fidarsi della sola carta stampata e di andare ad ascoltare direttamente, senza filtri, lavoratrici/ori del sociale, drug user e persone senza dimora.

Tabella 1 Caratteristiche degli intervistati per metodologia applicata

ID	Nome utilizzato	Target	Tipo di intervista	Funzione intervista	Ruolo della persona
F1 O.Pri.	Marina Padula	Osservatore Privilegiato	Libera	Preparatoria	Referente ASP GEA
M1 O.Pri.	Pino Di Pino	Osservatore Privilegiato	Libera	Preparatoria	Esperto UdS per ASP
M1.OP	Antonio	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS Esperto
F1.OP	Carlotta	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
F2.OP	Beatrice	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
F3.OP	Claudia	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
M2.OP	Giuseppe	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS Storico
M3.OP	Filippo	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS
F4.OP	Cleide	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
M1.DU	All.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M2.DU	Alb.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano
M3.DU	E.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano
M4.DU	R.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M5.DU	A.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M6.DU	R.M.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano

Tabella 2 Caratteristiche degli intervistati drug user per aree tematiche

ID	Nome utilizzato	Età	Istruzione	Lavoro	Abitazione	Salute	Giustizia
M1.DU	All.	//	//	//	Dormitorio	//	Arresto, carcere, rischio reimpatrio
M2.DU	Alb.	57	Licenza superiore	Pensione	Dormitorio	Epatite C, infezioni, overdose	//
M3.DU	E.	32	Licenza media	//	Dormitorio	Overdose	Arresto
M4.DU	R.	28	Licenza superiore	Saltuario, ristorazione e tuttofare	Squat	Epatite C, overdose	//
M5.DU	A.	33	Licenza superiore	Saltuario, edilizia e metalmeccanica	Squat	Ricovero correlato al consumo (1)	Arresto, carcere
M6.DU	R.M.	25	Licenza media	Occupazione stabile, gastronomia	Ospitato in una stanza	Epatite C	Arresto, IPM

Bibliografia

- Alquati, R. (2022). *Per fare conricerca: teoria e metodo di una pratica sovversiva*. Roma: DeriveApprodi.
- Armano, E. (2022). *Inchiesta e conricerca. Discussione su di un approccio di ricerca e trasformazione sociale*. In E. Armano, *Pratiche di inchiesta e conricerca oggi*. Verona: Ombrecorte.
- Bless, R., Korf, D., & Freeman, M. (1995). *Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies*. *European Addiction Research*, 1(3), 128-138. Tratto da <https://karger.com/ear/article-pdf/1/3/128/2697309/000259053.pdf>
- Bukowski, W. (2019, maggio 19). *Quelli senza biglietto. Genesi del razzismo ferroviario*. *Jacobin Italia*. Tratto da <https://jacobinitalia.it/quelli-senza-biglietto-genesi-del-razzismo-ferroviario/>
- Charmaz, K. (2015). *Grounded theory*. In J. A. Smith, *Qualitative psychology. A practical guide to research Methods* (3° ed., p. 53-84). London: SAGE Publications. Tratto da https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/78324_Pages_from_9781446298466_T_reprint.pdf
- de Gee, A., van der Gouwe, D., Woods, S., Charvet, C., & van der Poel, A. (2019). *Drug Consumption Rooms in the Netherlands, 2018 update*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Tratto da <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1684-drug-consumption-rooms-in-the-netherlands.pdf>
- Decembrotto, L. (2022). *Riduzione del danno*. *STUDIUM EDUCATIONIS*, 23(1), 128-130. doi:10.7346/SE-012022-13
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Giancane, S. (28 ottobre 2016). *La terapia agonista, strumento flessibile: dalla riduzione del danno, alla riabilitazione, al miglioramento della qualità della vita*. Acireale: V Evento formativo SITD Sicilia. Tratto da <https://blog.sitd.it/2016/11/03/la-terapia-agonista-strumento-flessibile-dalla-riduzione-del-danno-alla-riabilitazione-al-miglioramento-della-qualita-della-vita/>
- Louria, D. B. (1968). *The Drug Scene*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Newcombe, R. (1987, January/February). *High time for harm reduction*. *Druglink*, 2(1), 10-11. Tratto da https://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Newcombe_R_3.txt
- Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche. (2002). *Rapporto 2002 sulle tossicodipendenze in area metropolitana. Quadro epidemiologico, caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti*. Azienda USL Città di Bologna. Tratto da <https://www.ausl.bologna.it/servt/dipt/dsm/oem/i-rapporti-sulle-dipendenze-in-area-metropolitana/rapporto-2002.pdf/view>
- Pavarin, R. M., Rego, X., Nostrani, E., De Caro, E., Biolcati, R., Canêdo, J., & Sanchini, S. (2020). *Differences between subjects with socially integrated drug use: a study in Italy and Portugal*. *Journal of Substance Use*, 25(4), 449-455. doi:10.1080/14659891.2020.1736660
- Redattore Sociale. (2001, marzo 5). *Due anni di riduzione del danno a Bologna: domani la presentazione dei risultati*. Redattore Sociale. Tratto da <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/due-anni-di-riduzione-del-danno-a-bologna-domani-la-presentazione-dei-risultati>
- Redattore Sociale. (2010, settembre 3). *Bologna, chiusura temporanea per il Drop In di via Paolo Fabbri*. Redattore Sociale. Tratto da <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/bologna-chiusura-temporanea-per-il-drop-in-di-via-paolo-fabbri>
- Waal, H. C. (2014). *Open drug scenes: responses of five European cities*. *BMC Public Health*, 14(853). doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-853
- Zeroincondotta. (2008, aprile 9). *Chiuso il Drop In di via Paolo Fabbri*. Zic. Tratto da https://www.zic.it/zic/articles/art_2501.html

Area tematica 13

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI PER UNA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

13.1

SPORTELLO GAP IN OSPEDALE

Varango C.*^[1], Marchesi S.^[1], Generani V.^[1], Ravizza G.^[1]

^[1]ASST di Lodi - Servizio Dipendenze ~ Lodi ~ Italy

Sottotitolo: Accessibilità senza etichette

Testo Abstract

A seguito della attuazione della DGR XI/585 dell'1.10.2018, ha preso avvio il Piano regionale d'azione GAP che ha coinvolto la ASST di Lodi nelle azioni di contrasto al gioco d'azzardo.

Nel maggio 2022 è stato raggiunto uno degli obiettivi previsti, ossia l'apertura dello sportello ospedaliero dedicato.

Partendo dalle premesse che hanno portato alla scelta di creare questa nuova unità d'offerta, questo articolo si propone di illustrare l'esperienza tutt'ora in corso e i primi dati qualitativi e quantitativi.

Tenuto conto della discrepanza tra l'impatto che il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico ha nella popolazione lodigiana e il numero di persone che si rivolgono ai servizi, l'ipotesi che il progetto intende verificare è che la possibilità di accedere a servizi "anonimi" e privi di pregiudizio sociale possa favorire e superare alcune resistenze, quali la vergogna e lo stigma della dipendenza.

Obiettivo primario è quello di promuovere sul territorio un servizio dedicato ai giocatori e ai loro familiari che non hanno ancora raggiunto una piena consapevolezza del problema o che hanno bisogno di essere rassicurati in merito ai possibili percorsi terapeutici da intraprendere.

L'analisi dei dati finora raccolti (maggio 2022-giugno

2023) ci mostra come l'ipotesi iniziale possa essere perseguibile: si evidenzia infatti che il 59% della nuova utenza del SerD con diagnosi da Disturbo da Gioco d'Azzardo è costituito da soggetti che hanno fatto accesso allo sportello ospedaliero e che la quasi totalità dei giocatori (96%) transitati dallo sportello ha accettato una successiva presa in carico presso il Servizio Dipendenze.

A partire dagli esiti descritti si può affermare la necessità che questa unità d'offerta sperimentale venga messa a regime, garantendo sul territorio uno sportello dedicato a questa tipologia d'utenza.

13.2

QUANDO L'ADDICTION INCONTRA IL CIBO: I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA) TRA PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, MEDICINA INTERNA E SERD

Campana M.*^[1], Milanese P.^[1], Salvoldi B.^[1], Bussini I.^[1], Giuliano L.^[1], Novel L.^[1], Tortelli R.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est /DSMD/S.C. SerD ~ Gazzaniga ~ Italy,

^[2]ASST Bergamo Est/DAPSS/SS Processi Integrati Territorio ~ Seriate ~ Italy

Sottotitolo: Una nuova progettualità del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze (DSMD) dell'ASST di Bergamo Est: l'attivazione di un centro riabilitativo residenziale ed ambulatori di riabilitazione psico-comportamentale e nutrizionale presso le Case di comunità aziendali.

Testo Abstract

Introduzione

La suggestiva ipotesi dell'esistenza di una addiction specifica per il cibo, la cosiddetta food addiction, termine coniato nel 1956 da Theron Randolph, ha attratto l'attenzione degli organi di informazione e stimolato dibattiti, anche accesi, nella comunità scientifica, determinando polarizzazioni tra gli esperti impedendo a tutt'oggi una chiara presa di posizione univoca in merito a questo peculiare aspetto teorico. Non esiste quindi un unanime consenso sulla validità del concetto di dipendenza da cibo né sul fatto che alcune persone che hanno un discontrollo sull'alimentazione possano considerarsi dipendenti al pari di quelle affette da un disturbo da abuso sostanze. Paul Fletcher, del dipartimento di psichiatria dell'università di Cambridge, e Paul J. Kenny, del dipartimento di neuroscienze dell'Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York, rappresentano due voci contrapposte nel dibattito sulla natura e sulle caratteristiche del concetto della food addiction così come pubblicato sulla rivista *Neuropsychopharmacology*.

Indubbiamente esistono somiglianze tra gli episodi di binge-eating (abbuffate) e le binge che caratterizzano

altri ambiti delle dipendenze patologiche, quali per esempio gli episodi di binge-drinking. Non di meno bisogna riconoscere differenze sostanziali tra le abbuffate di cibo ed altre sostanze, sempre alcol in primis, per quanto riguarda aspetti legati alla psicopatologia, all'epidemiologia ed ai fattori di rischio. In particolare, alcuni studi di tipo neurobiologico hanno sviluppato l'ipotesi che la facile accessibilità ed eccessivo consumo di questi cibi potrebbe favorire l'attivazione dei medesimi processi cerebrali sottostanti sia dei comportamenti alimentari di tipo binge che dei sintomi di astinenza, anche se, al momento, a parere di Fletcher, non esistono delle evidenze robuste e convincenti al riguardo (Fletcher & Kenny, 2018). Spesso il riferimento alla food addiction pare essere un tentativo di spiegazione di quei pattern di comportamento, spesso osservati in ambito clinico, legati alla ricerca spasmodica di cibi ipercalorici appetitosi ad alto contenuto di zucchero e grassi, simil-craving, in cui è presente una perdita di controllo al momento del loro consumo (Davis, 2014). Per tale ragione, il concetto di food addiction, spesso viene sovrapposto e collegato oltre che alle dipendenze anche a pattern di comportamenti alimentari disfunzionali e problematici, come il disturbo da alimentazione incontrollata e la bulimia nervosa in cui sono presenti le abbuffate incontrollate di cibo ipercalorico, tanto da ritenere che la food addiction non sia distinta dal sintomo del binge eating (de Vries & Meule, 2016).

Questi dubbi, non hanno impedito ai servizi territoriali per le dipendenze di affrontare il tema generale dei DNA, specie negli anni scorsi, soprattutto nell'ambito più circoscritto della bulimia nervosa e del disturbo da binge-eating, così come attualmente sono classificati nel DSM-5. La nostra storia provinciale si è caratterizzata per una particolare attenzione a queste peculiari condizioni cliniche e, nel 1995, venne creato il primo gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, presso l'allora Dipartimento delle dipendenze di Bergamo, per la diagnosi ed il trattamento di quei disturbi alimentari che potevano riconoscersi nel termine di dipendenze alimentari. L'anno successivo venne deliberata la creazione di una Unità Operativa specifica, da parte dell'allora ASL della Provincia di Bergamo. L'attività clinica della U.O. dipendenze alimentari, si è svolta fino al 2005, quando si decise di riportare i disturbi del comportamento alimentare in un ambito più normalizzato, ovvero all'interno delle competenze del Dipartimento di salute mentale. Da allora la gestione clinica ambulatoriale dei DCA è avvenuta all'interno dei Centri psico-sociali (CPS) e della Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza (NPIA) territoriali. L'acuzie, come sempre, è stata gestita nei

reparti ospedalieri, quali la pediatria e la medicina interna, stante anche l'assenza di un reparto di NPIA nella nostra provincia (la nostra ASST ha progettato la prossima attivazione di un reparto NPIA presso il presidio ospedaliero di Alzano Lombardo).

L'aver delocalizzato le attività cliniche ambulatoriali non ha privato i SerD delle competenze necessarie al trattamento di una parte, rilevante numericamente, di disturbi del comportamento alimentare. Nella fattispecie la bulimia nervosa ed il disturbo da binge-eating. Gli specialisti dei SerD, nella loro articolata attività clinica e forti di una strutturazione d'équipe ormai interiorizzata ad ogni livello professionale, hanno mantenuto la formazione, la professionalità e la progettualità per perseguire nuovi obiettivi in un'ottica di integrazione intra-dipartimentale e di promozione di una rete interna alle realtà territoriali ed ospedaliere aziendali; la nostra ASST occupa il 50% circa del territorio provinciale, comprende 103 comuni e quasi 400.000 abitanti e ben 8 presidi ospedalieri. La crisi generale del sistema sanitario, per quanto riguarda alcune figure professionali, in questo caso la grave carenza di psichiatri, ha reso poi sempre più necessario ottimizzare ed integrare le attività cliniche specialistiche presenti nel DSMD e da questa consapevolezza nasce la scelta della nostra direzione strategica di inserire all'interno della Struttura Complessa (SC) SerD la Struttura Semplice dei disturbi del comportamento alimentare con il compito di gestire il nascente reparto di riabilitazione residenziale per i disturbi del comportamento alimentare presso il presidio ospedaliero di Piario, in alta Valle Seriana. Un reparto che vedrà la luce il prossimo mese di ottobre, avrà 10 posti tecnici (posti letto) ed un ambulatorio specialistico dedicato. A questa complessa operazione progettuale ed organizzativa si aggiungono poi le attività ambulatoriali presso le case di Comunità aziendali, sostenute dalla Regione Lombardia che, a partire dalla Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2 Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie ha intrapreso un percorso di programmazione, sostegno ed implementazione delle proposte formative, terapeutiche e riabilitative che con le DGR XI/7357 del 2022 e 7590/2022 hanno permesso il finanziamento del primo biennio di attività delle nuove équipe per i DCA.

Mai sazi di "nuovi modelli organizzativi per una nuova sanità territoriale", per copiare uno dei topics del Congresso nazionale di Federserd, la nostra ASST di Bergamo Est unitamente all'Università degli studi di Bergamo, il 15/09/2023 inaugurerà un Corso di perfezionamento universitario rivolto a tutti gli specialisti

che, a vario titolo, si trovino a gestire il complesso problema dei DCA. Questo specifico corso favorirà la creazione di una équipe multiprofessionale e multidisciplinare dedicata al centro riabilitativo di Piario ma anche la realizzazione di una rete aziendale di professionisti esperti sui DCA e che operano all'interno delle diverse realtà territoriali ed ospedaliere. La collaudata collaborazione con l'ateneo di Bergamo ha inoltre permesso al SerD di essere sede di tirocinio per i laureati in psicologia e di preparazione alle tesi di laurea sullo specifico dei DCA.

Considerazioni conclusive: se la parte teorica, relativa all'esistenza o meno del fenomeno della food-addiction rimane oggetto di discussione scientifica ed accademica, possiamo però affermare che le équipe dei SerD possono avere un ruolo determinante nella diagnosi, nel trattamento e nella riabilitazione di una quota significativa di disturbi del comportamento alimentare. E l'esperienza quasi trentennale della nostra realtà provinciale lo sta a dimostrare. Le équipe composte da medici dell'area internistica e psichiatrica, psicologi con varie e differenti specializzazioni, infermieri, educatori, assistenti sociali ed altre più recenti professionalità operative nei SerD, favoriscono una contaminazione linguistica ed interpretativa che armonizza il lavoro collegiale, declinando al meglio le risposte ai bisogni di un'utenza molto complessa. Ed è con questa consapevolezza e lungimiranza progettuale che la nostra azienda ha favorito e sostenuto la creazione di strutture riabilitative ed ambulatoriali che rappresenteranno una risposta più capillare al crescente bisogno di cura in questo specifico settore.

13.3

INTEGRAZIONE TRA IL CENTRO TRATTAMENTO TABACCO DEL SERVIZIO DIPENDENZE DI BEINASCO E L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA: IL PROGRAMMA R.I.S.P. (RETE ITALIANA SCREENING POLMONARE)

Flores S.*^[1], Mattiazzi B.^[1], Pini D.^[1], Novello S.^[2], Cani M.^[2]

^[1]CTT SerD Beinasco ASL TO3 ~ Beinasco (To) ~ Italy,
^[2]Dipartimento di Oncologia, Università degli Studi di Torino ~ Torino ~ Italy

Sottotitolo: Il Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT) del SerD di Beinasco ha avviato una collaborazione con l'AOU San Luigi di Orbassano nell'ambito del Programma RISP; di seguito viene presentato il Programma, il ruolo svolto dal CTT di Beinasco e i primi risultati, evidenziando un modello virtuoso di integrazione territorio-università-ospedale.

Testo Abstract

Premessa

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che l'offerta di un percorso di disassuefazione tabagica ai soggetti fumatori motivati a smettere ad opera di professionisti qualificati aumenta la possibilità di cessazione e diminuisce la percentuale di ricaduta rispetto ai tentativi compiuti dai fumatori in modo autonomo. Vista tale premessa di efficacia, è importante creare una rete sul territorio per l'invio dei pazienti ai CTT (Centri per il Trattamento del Tabagismo) presenti all'interno dei SerD, in modo da far conoscere l'opportunità di trattamenti qualificati ai vari "attori" della salute (ospedale, medici di medicina generale, specialisti, farmacisti), su una dipendenza, quella da tabacco, con significative ricadute sulla salute pubblica e sulla spesa sanitaria (le patologie fumo correlate rappresentano la più importante causa di morte evitabile nei Paesi ad alto reddito) ed, al contempo, da offrire ai tabagisti il miglior trattamento disponibile, sulla base dell'efficacia riconosciuta a livello scientifico.

A questo proposito è stata avviata una collaborazione tra l'ASL TO3 e l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi di Orbassano, che prevede, per i pazienti inseriti nel Programma RISP che vogliono aderirvi, la possibilità di effettuare un percorso di disassuefazione tabagica presso un Centro per il Trattamento del Tabagismo situato all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze piemontesi; il ruolo del CTT di Beinasco, individuato come Hub del progetto rispetto al percorso fumo, è stato, ed è, significativo e prezioso.

Il progetto RISP

L'Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga di Orbassano è uno dei 18 centri in Italia in cui è stato attivato un programma pilota per la prevenzione e la diagnosi precoce del carcinoma polmonare nei forti fumatori ed ex forti fumatori, coordinato dal R.I.S.P. (Rete Italiana Screening Polmonare); il Programma gratuito di screening polmonare è rivolto a tutti i cittadini italiani, uomini e donne, di età compresa tra i 55 e i 75 anni, che non hanno avuto tumori negli ultimi 5 anni e che sono forti fumatori (almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni oppure 40 sigarette al giorno per 15 anni) o ex forti fumatori da 15 anni o meno.

L'obiettivo del Programma RISP è di reclutare, nell'arco di circa due anni, circa 7300 fumatori ad alto rischio di tumore polmonare, di altri tumori e di patologie croniche cardio-polmonari che possano- considerata anche la fascia di età- maggiormente beneficiare di un intervento di screening e prevenzione integrata di tutte le patologie fumo correlate.

Lo screening prevede l'esecuzione sui soggetti di una TAC spirale a basso dosaggio, che permetterà di individuare, per quanto concerne l'ambito oncologico, le lesioni tumorali nella fase iniziale (di dimensioni inferiori ad 1 cm) in una percentuale tra il 60 e il 70% - attualmente l'individuazione precoce riguarda solo il 20% delle lesioni; la diagnosi tardiva compromette l'operabilità e la sopravvivenza dei pazienti (allo stato attuale, l'80% dei soggetti a cui è diagnosticato un tumore polmonare muore nel giro di un anno; con lo screening precoce la sopravvivenza a 5 anni può arrivare al 60-70%).

Oltre che per la patologia oncologica, la TC permette di intercettare anche altre patologie polmonari, come la BPCO e di evidenziare la presenza di alterazioni cardio-vascolari.

I fumatori appartenenti al Programma verranno inseriti in un progetto di prevenzione e cura personalizzato, con controlli ed esami periodici, visite specialistiche e la possibilità di intraprendere sia un percorso dietologico che uno di disassuefazione tabagica.

Il modello operativo e il ruolo del SerD Beinasco

L'arruolamento dei soggetti prevede il coinvolgimento di tutta la rete sanitaria territoriale, dal medico di medicina generale, agli specialisti, alle farmacie. Esiste sia un sito internet, www.programmarisp.it che un numero verde (800.618590 per il Piemonte) che i soggetti interessati possono contattare autonomamente e dove possono sottoporsi ad un primo quiz per verificarne l'idoneità al Programma.

Una volta arruolati, vengono inviati nel centro di riferimento regionale (in base al territorio di appartenenza): qui viene eseguita la prima TAC a basso dosaggio e viene inserito il paziente in un percorso di cura e prevenzione, offrendogli la possibilità, se interessato, anche di intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo in un centro specialistico, quale i CTT presenti all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. Il CTT del SerD di Beinasco, che vanta una tradizione di collaborazione con l'AOU San Luigi di Orbassano, dovuta anche alla prossimità geografica delle due strutture, è stato individuato come Centro di Riferimento per la parte fumo-correlata del Programma, ed in quest'ultimo coinvolto in un triplice ruolo:

1. Hub di riferimento per gli altri CTT regionali

Mediante la condivisione dei nominativi dei pazienti visitati ed arruolati, è stato possibile avere sempre in tempo reale la lista delle persone interessate, con relativa ASL di appartenenza. Il nostro CTT di Beinasco ha indirizzato, con un lavoro di rete, questi soggetti al Centro di competenza territoriale, informando i colleghi del Programma e creando, dove possibile, un percorso di presa in carico strutturata.

2. Centro di trattamento dei pazienti dello studio RISP

Il nostro Centro ha visitato i pazienti di nostra competenza territoriale e laddove si ravvisassero situazioni di particolare urgenza nella presa in carico (es. pazienti con lesioni tumorali alla TAC spirale o con condizioni di particolare gravità clinica), su indicazione della Segreteria RISP, anche di soggetti residenti su altre zone; abbiamo altresì dato disponibilità per la gestione di casi con particolari necessità lavorative o familiari, utilizzando anche la telemedicina.

3. Servizio territoriale di invio di pazienti potenzialmente eleggibili al Programma.

Parallelamente ai pazienti del Programma RISP abbiamo continuato ad accogliere e visitare pazienti che sono arrivati al nostro Centro con invii territoriali o con accesso diretto; qualora siano stati soddisfatti i criteri per l'inserimento nel Programma, quest'ultimo è stato proposto al paziente.

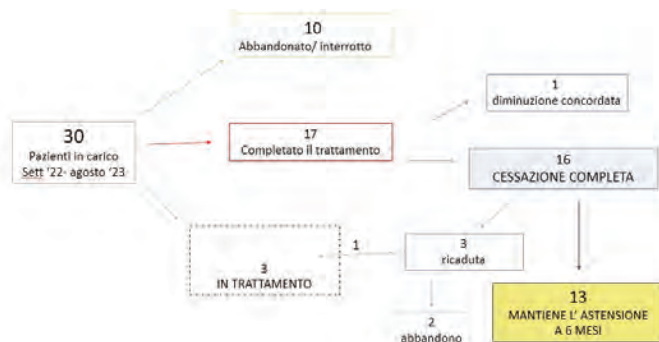
Il nostro gruppo di lavoro CTT partecipa alle riunioni periodiche con il Gruppo di lavoro del Programma RISP

(che comprende più di 60 professionisti ospedalieri, appartenenti ai reparti di Oncologia, Pneumologia, Radiologia, Dietologia, Laboratorio Analisi).

Primi Risultati

Ad un anno dall'inizio del Programma, sono stati reclutati 664 soggetti; di questi 357 hanno chiesto di intraprendere un percorso di disassuefazione tabagica e sono stati indirizzati al nostro Hub, che li ha distribuiti tra i vari CTT piemontesi; 64 sono stati presi in carico presso l'Asl To3.

Per quel che concerne i trattamenti effettuati presso il CTT di Beinasco, i pazienti trattati provenienti dal Programma RISP sono stati 30:



Come indicato nello schema, 13 pazienti a 6 mesi hanno mantenuto l'astensione, con un tasso di cessazione pari al 43,3 % (in letteratura viene riportato un tasso di astensione a 6 mesi fino al 40%).

Per quanto concerne le terapie farmacologiche, la quasi totalità dei pazienti ha utilizzato la citisina, da sola o in combinazione con degli NRT (un paziente citisina più bupropione); due pazienti hanno utilizzato solo gli NRT.

Conclusioni

La presenza di una collaborazione, in un Progetto nazionale di prevenzione primaria e secondaria, offre la possibilità di sperimentare la possibile interazione tra territorio ed Ospedale, portando all'interno di quest'ultimo le specificità di lavoro e il punto di vista, frutto di una decennale esperienza, del trattamento delle dipendenze da parte dei SerD. Al contempo, offre ai pazienti la possibilità di conoscere il SerD come luoghi di cura e di toccare con mano la peculiarità dell'approccio multiprofessionale.

13.4

IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE. L'ESPERIENZA DEL SER.D DI TRAPANI E PANTELLERIA NEL PERIODO GENNAIO 2022 - MARZO 2023

Faliero I.^[1], Maltese V.^[1], Pollina P.*^[1]

^[1]Asp Trapani- Servizio Dipendenze ~ Trapani ~ Italy

Sottotitolo: Analisi e descrizione organizzativa di un servizio per le dipendenze: evoluzione storica, condizione attuale e prospettive future.

Testo Abstract

Introduzione

I SerD ossia i servizi per le Dipendenze patologiche, sono servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale dedicati alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive o da alcol o da comportamenti compulsivi come quelli causati dal gioco d'azzardo.

Negli ultimi decenni i classici SerT, Servizi per le Tossicodipendenze, hanno necessariamente dovuto sviluppare nuove competenze, integrate fra loro, per rispondere ai nuovi bisogni di cura e prevenzione delle nuove dipendenze. Oggi si chiamano SerD, Servizi per le Dipendenze e rispondono sui territori ai bisogni e alle emergenze causate dalle dipendenze sia da sostanze psicotrope sia da comportamenti come il disturbo da gioco d'azzardo, ma anche la dipendenza da internet, lo shopping compulsivo, la dipendenza dalle nuove tecnologie digitali, la dipendenza dal lavoro, dall'esercizio fisico, dal sesso, dalle relazioni affettive.

Cenni storici

L'attuale sistema di intervento sulle dipendenze nasce dopo gli anni '80 con la confluenza, nei Nuclei Operativi Tossicodipendenze, dell'esperienza dei Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e dei Presidi di Diagnosi e Cura (geralmente identificati come Centri Metadonici), per formare Servizi erogativi in ogni

Unità Sanitaria Locale. Parallelamente ai N.O.T., già esistevano anche sedi specifiche per il trattamento di problemi alcolologici: i Nuclei Operativi Alcolologia (N.O.A.).

I Centri Medici e di Assistenza Sociale erano nati ai sensi della Legge 685 del 1975 che, all'articolo 90, faceva riferimento al fatto che la cura e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti fossero affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici.

Le finalità di tali presidi riguardavano il fornire ausilio specialistico, determinare idonee terapie di disintossicazione e attuare tutte le iniziative possibili atte al recupero sociale degli assistiti, coinvolgendo quando possibile le famiglie.

Il legislatore -particolarmente preoccupato di garantire parità di accesso ai servizi ed alle prestazioni erogate dai servizi pubblici e dalle strutture private accreditate-specificava che ai "servizi e alle strutture autorizzate, pubbliche e private" accreditate, spettano le funzioni di:

- analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia con anche l'effettuazione di controlli clinici e di laboratorio;
- individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione. (Gatti, 2018)

Dunque, la legge del '75 migliorava l'organizzazione e la distribuzione territoriale dei Servizi specificamente dedicati alla cura delle tossico-alcol dipendenze sul territorio, e negli applicativi della legge 685/75, i Decreti del Ministero della sanità del 6 giugno e del 4 agosto '78 (Decreti Anselmi) ed i successivi del 7 agosto e del 10 ottobre 1980 (Decreti Aniasi), indicarono il metadone (e lo sciroppo di morfina in una prima fase sperimentale durata sino al 1985) come farmaci sostitutivi per il trattamento della dipendenza da eroina.

Negli anni '80, con la nascita delle Unità Sanitarie Locali, in tempi differenti da Regione a Regione, venivano istituiti Servizi territoriali per la cura delle tossico-alcol dipendenze che riassumevano, come già

detto, l'esperienza multidisciplinare dei CMAS con quella, più medica, dei Presidi (metadonici) costituiti ai sensi dei Decreti Anselmi ed Aniasi.

Nascevano così i progenitori degli attuali SERT (Servizi Tossicodipendenze) che fornivano trattamenti multidisciplinari integrati ed anche "trattamenti metadonici". Secondo questa prospettiva, l'uso di metadone o buprenorfina a medio - lungo termine, infatti, elimina il desiderio compulsivo per gli oppiacei, ferma gli eventuali sintomi dell'astinenza, blocca l'euforia indotta dagli oppiacei e stabilizza, regolarizzandolo, il disfunzionamento dei meccanismi neuronali causati dalla dipendenza.

La nuova era venne segnata dalla legge 162/90 e dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 - Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. La Guerra alla droga, a livello internazionale, era nel suo pieno e la legge italiana ribadiva l'uso di droghe come fatto illecito fino al punto di affermare che, in determinate condizioni, poteva anche essere sottoposto a detenzione chi non accettava di curarsi.

Il SERT degli anni '90 diventò così, contemporaneamente, un luogo di cura ma anche la parte di un contenitore con tre lati: gli organi di controllo, Polizia, Magistratura, Carcere e Prefettura su un lato; Comunità terapeutiche, su un altro; e, appunto, il SERT. Uno strumento importante di questo contenimento fu indubbiamente il metadone. Il farmaco principale usato per il trattamento della tipologia principale di utenza (gli eroinomani) era molto attraente ed uno dei pregi vantati del suo utilizzo era proprio la ritenzione in trattamento. Proprio l'indice di ritenzione, infatti, è tuttora uno degli indicatori di risultato più utilizzato per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti nel campo della tossicodipendenza. Gli stessi flussi di dati istituzionali erano, ed ancora oggi sono, più interessati al numero delle persone prese in carico, piuttosto che all'esito reale del percorso.

Allo stesso tempo permaneva l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo alla detenzione, a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive. In questo caso il medico o, comunque l'operatore del Servizio Sanitario diventavano i segnalatori di "tutte le violazioni" (il testo di legge non è più chiaro) commesse dalla persona sottoposta a programma terapeutico. Tale situazione genera un doppio mandato per il terapeuta che diventa a tutti gli effetti anche un controllore, inficiando in tale maniera l'alleanza terapeutica o quanto meno permeandola di altri costrutti simbolici (Gatti,

2018).

Il sistema legislativo del Paese, dopo il referendum che spegneva definitivamente le parti più sanzionatorie e repressive della legge del giugno 90 detta Jervolino - Vassalli per il nome dei principali proponenti, cambierà ancora con una legge del 2006 (Fini - Giovannardi).

La nascita dei primi Nuclei Operativi Tossicodipendenze rappresentò un processo graduale che tuttavia non comportava, nella sua prima fase, la messa a regime di un vero e proprio "sistema di cura" quanto, piuttosto, di sedi operative con mission ed organizzazioni simili, inquadrate in Unità Sanitarie Locali differenti, successivamente denominate Unità Socio Sanitarie Locali e ridotte di numero. Solo nella seconda metà degli anni '90, con la istituzione di Aziende Sanitarie Locali, più ampie territorialmente, i Servizi Erogativi incominciarono ad essere maggiormente organizzati in Sistemi coerenti, prodromi dei futuri Dipartimenti Dipendenze. Nei diversi territori del Paese l'organizzazione era, tuttavia, differente. In alcuni casi era mantenuta strettamente la competenza zonale di ciascuna sede operativa, in altri, la barriera del confine di zona era superata permettendo di differenziare l'offerta sulla base di equipe specializzate, da una parte e, dall'altra, nel limite del possibile, di lasciar scegliere al cittadino il luogo o l'equipe di cura preferita. Fu in questa fase che lo "splendido isolamento" del Sistema di Intervento sulle Dipendenze raggiunse gradualmente il suo massimo vigore con il consolidamento, almeno in alcuni luoghi, dei Dipartimenti Dipendenze. Il mandato relativo a prevenzione, terapia e riabilitazione avrebbe dovuto consolidarsi con il coordinamento e la direzione di Dipartimenti che prevedevano, sebbene in modo differente, la partecipazione di Pubblico e Privato (sociale). Negli anni più recenti in molte regioni italiane i Servizi Dipendenze sono stati inseriti all'interno dei Dipartimenti di Salute mentale. Ciò ha determinato una maggiore vicinanza dei servizi e un superamento dell'isolamento iniziale.

La presenza dei Servizi Dipendenze nei Dipartimenti Salute Mentale prefigura un insieme operativo che dovrebbe essere in grado di offrire programmi più adeguati per i soggetti con "doppia diagnosi" anche tenendo presente che oggi, probabilmente, solo una parte delle persone che risultano affette da patologie inquadabili in una "doppia diagnosi" può ricevere un trattamento appropriato per entrambe le condizioni. Detto ciò sono esistiti e permangono una serie di condizionamenti, culturali, operativi e di mandato che, sebbene non esplicitamente, hanno indirizzato i Servizi Dipendenze verso un particolare tipo di utenza. I programmi di trattamento e l'organizzazione dei

Servizi di cura si sono così “adattati” soprattutto a questa tipologia di utenza. Se i Dipartimenti di Salute Mentale, dovessero orientarsi ancora di più su un particolare tipo di utenza (soprattutto uomini, soprattutto dipendenti cronici da sostanze illecite contemporaneamente affetti da disturbi mentali medio gravi) diventerebbe difficile trovare altri tipi di risposte per la rimanenti tipologie di potenziale utenza; per la possibilità di intervenire precocemente per prevenire la cronicità senza limitarsi, semplicemente a gestirla; per meglio intervenire sui disturbi da uso di sostanze lecite, che sono molto più diffusi di quelli inerenti le sostanze illecite.

A più di quarant'anni dalla loro nascita i Servizi territoriali di intervento sulle dipendenze patologiche si trovano di fronte a profondi mutamenti susseguitisi molto velocemente: il trattamento, infatti, è sempre più orientato verso il trattamento di tutte le dipendenze patologiche ma il Sistema sanitario nel suo complesso e la popolazione generale conservano una sorta di stigma verso il tossicodipendente che finisce per etichettare in generale tutto il settore. Tutto ciò determina una delle principali motivazioni del ritardo con il quale le persone si rivolgono ai servizi (Gatti, 2018).

Si determina la necessità di un cambiamento dei Servizi che permetta di fornire queste risposte e determinare un'organizzazione delle stesse che permetta di inserirle all'interno di un concetto di presa in carico globale dell'individuo, non sottoponendolo a isolati trattamenti al di fuori degli altri servizi ma inserendoli dentro un sistema globale di benessere e cura.

Struttura organizzativa servizi dipendenze

L'obiettivo precipuo di un SerD riguarda la cura delle persone con problemi di dipendenza e comprende contestualmente la prevenzione del fenomeno e il completo recupero dei pazienti. L'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999 ha definito nel dettaglio, quali sono gli interventi terapeutici che un SerD deve necessariamente garantire per realizzare la propria mission.

Le prestazioni che il servizio (SerD) garantisce sono:

- accoglienza e diagnosi;
- terapie farmacologiche specifiche e il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- psicodiagnosi e attività di sostegno;
- attività di riabilitazione;
- Focal Point della ricerca epidemiologica e sociale;
- partecipazione all'attività del dipartimento” (Lovaste, 2015).

La struttura organizzativa di base di un SerD dovrebbe

prevedere cinque componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, lo staff di supporto al vertice strategico, l'équipe terapeutica e la componente tecnico/amministrativa. L'équipe multi disciplinare rappresenta il nucleo operativo del SerD, l'équipe è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo, dall'assistente sociale e dall'educatore professionale. L'équipe è il contesto all'interno del quale sono elaborati e attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico. (Lovaste, 2015).

Tutte le persone che accedono al servizio formulando una richiesta di presa in carico legata ad un problema di dipendenza vengono accolte senza tempi di attesa. Tale scelta è finalizzata a rendere il più veloce possibile il primo contatto e l'accesso al servizio maggiormente tempestivo.

Il primo contatto è volto all'analisi della domanda e di norma viene effettuato dall'assistente sociale e dal medico psichiatra. Le informazioni raccolte vengono discusse in équipe al fine di stabilire quali interventi attivare (Varango et al. 2022).

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa-diagnostica che, a seconda della peculiarità e priorità presentata, può vedere impegnate contemporaneamente o in tempi diversi una o più figure professionali. La fase della valutazione può essere definita come l'insieme delle attività che consentono una conoscenza più approfondita del caso e che permettono di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato centrato sul paziente. La valutazione medica e infermieristica permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM-5 e di avere un quadro sufficientemente chiaro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di patologie associate o concomitanti. La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la dinamica delle sue relazioni familiari e il significato soggettivo dell'esperienza tossicomania. Inoltre individua le risorse psicologiche, proprie del paziente, mobilitabili ai fini del cambiamento. La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita dei pazienti e gli eventuali problemi giuridici connessi alla dipendenza. La fase della presa in carico, comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del paziente. Il progetto terapeutico deve sempre essere concordato con il paziente, intendendo con ciò la ricerca di un suo attivo coinvolgimento non solo sul

piano del consenso, ma anche rispetto alla definizione degli obiettivi, dei reciproci impegni e dei criteri di verifica di risultato. Periodicamente, l'equipe multidisciplinare deve discutere l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili. (Lovaste, 2015).

SerD Trapani e Pantelleria

Il servizio per le dipendenze di Trapani negli ultimi anni ha vissuto un cambiamento all'interno della struttura organizzativa, che ha permesso di ampliare e arricchire lo staff di nuove professionalità e nuove figure assunte attraverso progetti specifici per la cura del Gioco d'azzardo patologico e di altre dipendenze comportamentali. Tali progetti hanno permesso di creare ambulatori specifici e la strutturazione di trattamenti personalizzati sulle dipendenze comportamentali.

Il SerD di Trapani comprende oltre il territorio della città di Trapani e del territorio limitrofo, anche i pazienti dell'isola di Pantelleria e gli utenti tossicodipendenti della Casa Circondariale P. Cerulli di Trapani. Nello specifico la struttura del SerD di Trapani è composta da un responsabile dirigente medico psichiatra il quale, oltre a svolgere pratica clinica, ha il compito di coordinare le attività del servizio, due medici psichiatri strutturati, tre infermieri strutturati che si occupano sia del front-office e che rappresentano il primo contatto con l'utente, sia di coordinare tutto il monitoraggio laboratoristico, un dirigente psicologo strutturato e cinque psicologhe a progetto che si occupano di tutto l'ambito delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo e internet addiction in particolare) ed infine un'assistente sociale strutturata e quattro assistenti sociali afferenti ai progetti sopra menzionati. La strutturazione del SerD promuove il lavoro di equipe multidisciplinare favorendo una presa in carico globale del paziente afferente al servizio e la programmazione di un trattamento quanto più rispondente alle caratteristiche specifiche del soggetto potendo, altresì, contare su professionisti aventi specializzazioni differenti e quindi, promuovendo, trattamenti ad orientamento analitico-transazionale, cognitivo-comportamentale, gestaltico integrato e sistemico. A tal proposito lo screening iniziale, rispetto all'utente che arriva al Servizio, viene generalmente, effettuato al fine di valutare quale approccio, tra quelli sopra indicati, possa essere quello più appropriato.

Tra il primo Gennaio del 2022 e il primo Marzo del 2023 hanno avuto accesso al nostro Servizio 158 pazienti con diagnosi di alcol-dipendenza di cui 137

maschi (86,7%) e 21 femmine (13,3%) (Figura 1) di cui nuovi 24 (maschi 20 e femmine 4).

I pazienti con diagnosi di tossicodipendenza in carico erano 421 di cui di cui 380 maschi (90,3%) e 41 femmine (9,7%), (Figura 2) e dei quali nuovi 51 (maschi 39 e femmine 12).

I pazienti con gioco d'azzardo patologico che risultano in carico sono 63 di cui 57 maschi (90,5%) e 6 femmine (9,5%) (Figura 3), di questi, i nuovi ingressi sono stati 12 (10 maschi e 2 femmine).

La distribuzione per età dei pazienti con alcol-dipendenza è la seguente: 13 avevano un'età compresa tra 20 e 29 anni (8,23%), 29 tra 30 e 39 anni (18,9%), 54 tra 40 e 49 anni (34,2%), 46 tra 50 e 59 anni (29,11%) e 16 avevano un'età superiore ai 60 anni (10,1%).

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti afferenti al SerD per tossicodipendenza così si compone: 10 avevano un'età compresa tra 15 e 19 anni (2,4%) 77 tra 20 e 29 anni (18,3%), 107 tra 30 e 39 anni (25,4%), 148 tra 40 e 49 anni (35,1%), 69 tra 50 e 59 anni (16,4%), 10 avevano un'età superiore ai 65 anni (2,4%).

La distribuzione dei pazienti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico si compone così: 8 avevano un'età compresa tra 20 e 29 anni (12,7%), 17 tra 30 e 39 anni (26,9%), 15 tra 40 e 49 anni (23,8%), 11 tra 50 e 59 anni (17,4%), 12 avevano un'età superiore ai 65 anni (19%).

Conclusioni

Le dipendenze, in Italia, e non solo, rappresentano oggi una vera e propria pandemia rispetto la quale l'azione di contrasto dell'offerta non è da sola sufficiente: occorre invece ridisegnare e tornare ad investire sul sistema dei servizi, dalla prevenzione primaria, alla cura e riabilitazione sino all'inserimento sociale e lavorativo. Le dipendenze patologiche presentano la necessità di un intervento integrato, sociale e sanitario. Il SerD di Trapani e Pantelleria da qualche anno invita nuovi e vecchi utenti, che si presentano al servizio, a sottoporsi ad un programma d'intervento multidisciplinare che coinvolge nello specifico l'Assistente Sociale, il medico-psichiatra e lo psicologo. Nella pratica quotidiana il lavoro in equipe permette di operare in maniera sistematica, indirizzato alla presa in carico totale del paziente che spesso si trova disorientato rispetto alla problematica di dipendenza e necessita di



Figura 1. Percentuale maschi e femmine con alcolodipendenza in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

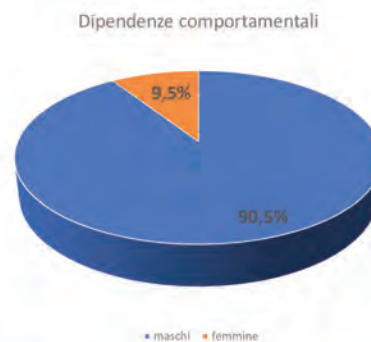


Figura 3. Percentuale maschi e femmine con dipendenze comportamentali in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

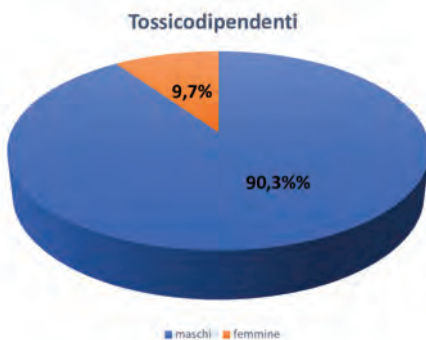


Figura 2. Percentuale maschi e femmine tossicodipendenti in carico al Ser.D di Trapani dall'1 gennaio 2022 all'1 marzo 2023

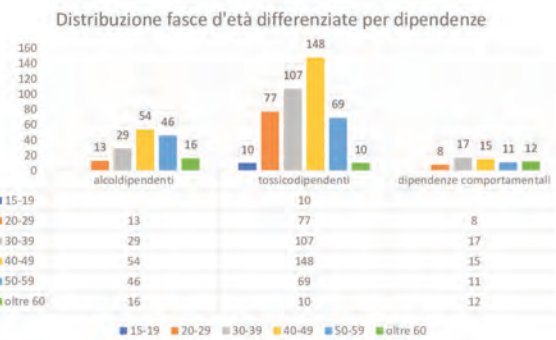


Figura 4. Distribuzione per fasce d'età pazienti in carico Ser.D di Trapani tra l'1/01/2022 e l'1/03/2023

chiarezza in particolare rispetto all'eventuale richiesta d'ingresso presso le comunità per avviare il percorso di disintossicazione. L'utente, spesso, è convinto che l'accesso al SerD sia correlato al successivo, immediato, ingresso in comunità per tossicodipendenti e non è sempre facile far comprendere la necessità di un percorso di accoglienza e sostegno medico-psico-sociale, affinché, possa valutare e maturare insieme agli operatori di riferimento l'eventuale inserimento in comunità. Inevitabilmente si è riscontrato nella realtà del SerD di Trapani e Pantelleria che i nuovi utenti si lasciano, perlopiù, guidare dal modello operativo che gli viene presentato durante il primo colloquio di accoglienza, mentre, i cosiddetti "vecchi utenti", che ritornano al servizio per delle ricadute, tendono a faticare nell'accettare ed aderire al programma proposto. A tal proposito ci si propone come servizio di monitorare e studiare il fenomeno della "richiesta d'ingresso in comunità" ipotizzando generalmente che coloro i quali aderiscono al programma proposto dal SerD entrino in comunità con una maggiore motivazione e vi rimangono per più tempo, svolgendo in maniera più consapevole il trattamento, rispetto a coloro i quali richiedono con urgenza di fare ingresso in comunità con il rischio di abbandonare quasi subito il percorso. Il Servizio si propone, altresì, di attivare nel prossimo futuro dei

gruppi di psico-educazione per genitori e familiari di soggetti dipendenti (prevalentemente da sostanze stupefacenti) che spesso richiedono di essere aiutati e sostenuti nella gestione della crisi d'astinenza oltre che per le innumerevoli contraddizioni che vengono spesso espresse dal soggetto dipendente. La tossicomania deve quindi essere intesa come processo ciclico che coinvolge più individui: comunemente il figlio tossicomane ed i suoi genitori,- un importante punto cui si è pervenuti è quello della necessità di fare un lavoro con le famiglie le quali, anche se non possono sempre considerarsi causa della tossicomania, hanno sicuramente un ruolo determinante sia nel suo mantenimento come nella sua risoluzione: La famiglia può essere protagonista nel processo di riabilitazione di un tossicomane sia se direttamente coinvolta sia come famiglia "risorsa" Se è vero infatti che la stessa qualche volta rappresenta "un sistema in difficoltà" è anche vero che se motivata e preparata, può essere in grado di esercitare una funzione di accoglienza e di enorme contributo al processo di riabilitazione e di reinserimento di un giovane tossicodipendente. È importante sottolineare come le dipendenze comportamentali prese in esame afferiscono principalmente al campo della dipendenza da gioco d'azzardo patologico, questo è indicativo di come ancora le dipendenze com-

portamentali (internet addiction, dipendenze sessuali e altre nuove dipendenze), non siano ancora vissute e identificate socialmente come un problema e ciò ci indica la strada sul lavoro futuro dei SerD.

Tra i diversi interventi e trattamenti su cui il SerD di Trapani e Pantelleria sta investendo in termini di formazione degli operatori, una menzione a parte merita il trattamento di Stimolazione magnetica transcranica -TMS, la quale agisce sfruttando un campo magnetico ad alta intensità, generato facendo passare una corrente elettrica in una bobina a spirale. Appoggiando la bobina su alcune parti del cranio, in particolare dell'area frontale laterale, è quindi possibile provare a scardinare gli schemi di funzionamento neurale che codificano il desiderio della sostanza e i comportamenti di ricerca e uso nelle dipendenze. Gli impulsi magnetici emessi dalla TMS infatti possono modificare l'attività elettrica delle aree della corteccia cerebrale (e in parte anche dei centri anche inferiori ad essa collegati), modulando in questo modo l'eccitabilità (aumentando o inibendola) dei circuiti neuronali interessati e invertire i processi di neuroplasticità prodotti dall'uso continuato delle sostanze che alimentano il ciclo della dipendenza.

Bibliografia

Angeleri M, Felici G., Ianniciello S., Matteoli G., Ruggerini A.M., Vischetti S. (2018). La famiglia "in aiuto". L'esperienza dell'Associazione Genitori ed Amici "Insieme contro la Droga". www.villamaraini.it

Audino G., Battaglia E., Genco F., Mellace V, Montesano F., Macrina R, Notaro M., Codispoti L., Macrina A., Pascolo A., Squillace M.C., Samà G., (2020) "Percorso clinico-diagnostico-riabilitativo dei pazienti con dipendenza da alcol in carico nell'anno 2019 al SerD di Soverato". Periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 53, 36-38.

Gatti R. C., (2018). Il sistema sanitario per le dipendenze sul territorio l'evoluzione del sistema. www.droga.net.

Lovaste R. (2015), "Elementi base di organizzazione di un SerD". Mission - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 43.

Varango C., Cerutti L., Gavina M. (2022). Un percorso di integrazione tra strutture ospedaliere e servizi territoriali. Mission - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 58, 9-11.

Area tematica 14 NUOVE PROSPETTIVE DI INTERVENTO A DISTANZA E TELEMEDICINA

14.1

LA TELEMEDICINA AL SERD DI LOVERE: DALLA NECESSITÀ DELLA PANDEMIA ALL'INNOVAZIONE STRUTTURATA

Rizzardi N.*^[1], Daffini L.^[1], Rocca P.^[2],
Bighi M.^[2], Colombi R.^[1], Marchese C.^[1],
Morina A.^[1], Faustini M.^[1], Noris M.^[1],
Paniconi M.A.^[1], Campana M.^[3]

^[1]ASST Bergamo Est / S.C. delle Dipendenze / SerD
Lovere ~ Lovere ~ Italy,

^[2]ASST Bergamo Est / S.S. Telemedicina ~ Seriate ~
Italy,

^[3]ASST Bergamo Est / S.C. delle Dipendenze / SerD ~
Gazzaniga ~ Italy

Sottotitolo: La pandemia COVID-19 ha reso necessario l'utilizzo di strumenti digitali, non dedicati al mondo sanitario, per raggiungere gli assistiti da remoto durante il lockdown. L'adozione da parte dell'ASST Bergamo Est di un modello gestionale di Telemedicina ha trasformato una necessità in un nuovo modo di erogazione di prestazioni socio-sanitarie.

Testo Abstract

La pandemia di COVID-19, che nel 2020 ha colpito duramente le provincie di Bergamo e Brescia, ha obbligato gli operatori dei servizi delle dipendenze a cercare nuove modalità per mettersi in contatto con i pazienti, in quel momento limitati nei loro spostamenti a causa del lockdown al fine di garantire loro l'adeguata assistenza in un periodo drammaticamente impattante dal punto di vista psicologico.

Nel contesto emergenziale venne fatto affidamento a piattaforme esterne all'azienda e di pubblico utilizzo per comunicare a distanza e permettere una assistenza da remoto ai pazienti in carico ai servizi (Lovere e

Gazzaniga) ubicati in aree geografiche differenti (Alto Sebino e Media Valle Seriana).

La successiva normativa nazionale e regionale ha identificato la telemedicina come l'insieme delle tecniche mediche e di Innovation Technology (IT) impiegate per consentire l'erogazione di servizi sanitari a distanza e che deve utilizzare strumenti certificati che garantiscono predefiniti standard di sicurezza e privacy. Nel 2020 l'ASST Bergamo Est, con l'obiettivo di implementare i processi di telemedicina conformi alla normativa regionale e nazionale, favorire la digitalizzazione dei processi di cura e predisporre la formazione dei professionisti socio-sanitari, ha istituito un Team di Telemedicina e, dall'ottobre 2022, una Struttura Semplice di Telemedicina in staff alla Direzione Sociosanitaria. Il team aziendale è formato da medici, infermieri, tecnici informatici, ingegneri gestionali e personale amministrativo e viene coordinato da un medico in staff alla direzione socio-sanitaria. Ogni componente porta le proprie competenze tecnico-professionali, in ottica di interdipendenza, sviluppo creativo ed efficientamento dei processi. La piattaforma di telemedicina adottata è riconosciuta come presidio medico, in grado di interfacciarsi con un'applicazione caratterizzata dall'intuitività d'uso, di erogare televisite, impostare e gestire a distanza la terapia farmacologica favorendo l'aderenza terapeutica, somministrare questionari per valutare e monitorare lo stato di salute ed attuare programmi di telemonitoraggio infermieristico e di teleriabilitazione.

Il modello organizzativo adottato è basato sulla gestione orizzontale dei processi, superando quello tradizionale, a silos, basato su funzioni e ruoli e prevede due livelli correlati e interdipendenti: il team di telemedicina e i gruppi di lavoro specifici. Questi gruppi vengono creati in funzione al singolo progetto e coinvolgono professionisti dipendenti dalle singole Unità Operative aziendali e dai servizi territoriali. La S.C. delle Dipendenze ha aderito al progetto di telemedicina aziendale dall'Ottobre 2022 attivando una postazione medica presso il SerD di Lovere.

Per parlare di virtuale occorre sempre comprendere il reale: nel nostro caso leggere la distribuzione della popolazione afferente all'ASST Bergamo Est all'interno di un territorio geomorfologicamente complesso. Circa 385900 persone (il 35% della popolazione della Provincia di Bergamo - 1116000 abitanti) abitano un territorio che copre approssimativamente la metà di quello provinciale (103 comuni), composto per un terzo da aree pianeggianti a sud, mentre il restante territorio presenta vallate prealpine, caratterizzate da

una viabilità complessa e tortuosa, spesso congestionata dal traffico e con una rete di trasporti pubblici limitata.

La Mappa delle Aree Interne, sviluppata dall'Agenzia per la Coesione Territoriale, è uno strumento che descrive il territorio nazionale suddividendo i Comuni in base alla distanza (in termini di tempi medi effettivi di percorrenza stradale) da comuni, denominati "poli", i quali presentano un'offerta completa riguardo tre tipologie di servizi (salute, istruzione e mobilità), classificandoli in quattro fasce a crescente distanza relativa: Cintura, Intermedi, Periferici, Ultraperiferici e, quindi, con un potenziale maggior disagio nella fruizione di servizi. I Comuni classificati come Intermedi, Periferici e Ultraperiferici rappresentano l'insieme delle Aree Interne di un territorio.

Secondo questa classificazione nel territorio afferente all'ASST Bergamo Est è presente un comune classificato come polo (Seriate), 48 comuni cintura, 28 intermedi (66145 abitanti), 25 periferici (51520 abitanti) e 2 ultraperiferici (2741 abitanti).

In totale sono 55 i comuni che rappresentano l'Area Interna dell'ASST Bergamo Est (53% dei comuni dell'ASST), nei quali abitano 120406 persone (il 31% della popolazione dell'ASST) compreso l'unico cluster di popolazione abitante in area Ultraperiferica di tutta la provincia di Bergamo, formato dai comuni di Schilpario e Vilminore di Scalve, quest'ultimo sede di Casa di Comunità.

La S.C. delle Dipendenze è presente sul territorio con 2 sedi ambulatoriali presso le Case di Comunità di Gazzaniga (Media Valle Seriana) e Lovere (Alto Sebino) distanti fino ad un'ora d'auto dai comuni ultraperiferici dell'ambito di competenza.

I pazienti afferenti agli ambulatori SerD appartengono spesso ad una fascia d'età ancora attiva dal punto di vista lavorativo ed il mantenimento di una stabile occupazione è uno degli obiettivi di cura, volti al reinserimento completo nel tessuto sociale dei pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) oppure presentano provvedimenti legali che comportano la sospensione della patente di guida a causa dell'uso di sostanze.

L'obiettivo del progetto pilota è stato quello di valutare l'utilità di un servizio di telemedicina nel contesto delle dipendenze patologiche, finalizzato ad implementare l'offerta di cura in un ambito nel quale risulta fondamentale il monitoraggio stretto del paziente, in

particolare nelle prime fasi della presa in carico successive al termine dell'iter diagnostico effettuato in presenza al servizio, in una popolazione caratterizzata da difficoltà ad accedere al servizio con la frequenza adeguata al percorso di cura impostato dall'equipe del SerD.

Sono stati arruolati 6 pazienti, tutti maschi, con età compresa tra 22 e 49 anni (media 38 anni). La motivazione dell'attivazione del servizio di telemedicina è stata per tutti l'incompatibilità degli orari del servizio con l'attività lavorativa e, per 3 di loro, la distanza dell'ambulatorio dal luogo di residenza.

Dal punto di vista delle sostanze d'abuso, per due di loro il problema principale era rappresentato dall'uso di alcolici in assenza di altre sostanze stupefacenti, altri due presentavano poliabuso (cocaina, alcol e cannabinoidi) ed i restanti due pazienti stavano effettuando terapia sostitutiva oppiacea (metadone) con documentata astensione dall'uso di eroina, ma positività per altri stupefacenti (uno per cannabinoidi e l'altro per cannabinoidi e cocaina). Cinque su sei presentavano inoltre tabagismo.

Il servizio di telemedicina ha consentito, per quanto riguarda i pazienti affetti da DUS da alcol, di identificare precocemente le recidive e di poter modificare strategia terapeutica incrementando le visite ed il monitoraggio tossicologico presso il SerD.

I poliabusatori, che avevano interrotto l'uso di alcol e cocaina prima dell'inizio del telemonitoraggio, hanno mostrato un miglioramento del funzionamento nell'ambito familiare e nessun sospetto di recidiva d'uso.

Per i pazienti in terapia con metadone con uso attivo di altri stupefacenti (fase terapeutica che necessita di monitoraggio clinico e tossicologico in sede) il supporto della telemedicina può essere impiegato solo in situazioni eccezionali (trasferta lavorativa).

Tutti i pazienti che hanno effettuato televisite hanno mostrato un buon grado di soddisfazione nei riguardi della possibilità di usufruire di tale servizio.

Questa piccola, ma significativa, esperienza di telemedicina ha permesso agli operatori del SerD di Lovere di poter utilizzare uno strumento che si è rivelato fondamentale per monitorare il gruppo di pazienti inseriti nel progetto pilota e poter identificare precocemente le ricadute al fine di attuare percorsi di rivalutazione rapida presso il servizio.

Da questo primo approccio alla telemedicina è nata l'esigenza di mappare tutti gli ambiti di relazione tra operatori SerD e realtà sia ospedaliere o territoriali, che possano essere messe in contatto virtualmente,

per permettere una rapida circolazione delle idee senza dover spostare fisicamente le persone.

È stato quindi ideato il progetto "M.E.T.R.O. SerD" (Mappa Esplicativa della Tortuosità della Rete Operativa del SerD) con il coinvolgimento di tutte le professionalità operanti all'interno del servizio, che ha portato alla realizzazione grafica di una mappa metropolitana al centro della quale una linea arancione a forma di casa collega le cinque professionalità presenti presso il SerD di Lovere (Medico, Infermiere, Psicologa, Assistente Sociale ed Educatrice Professionale) e che rappresenta l'equipe del servizio.

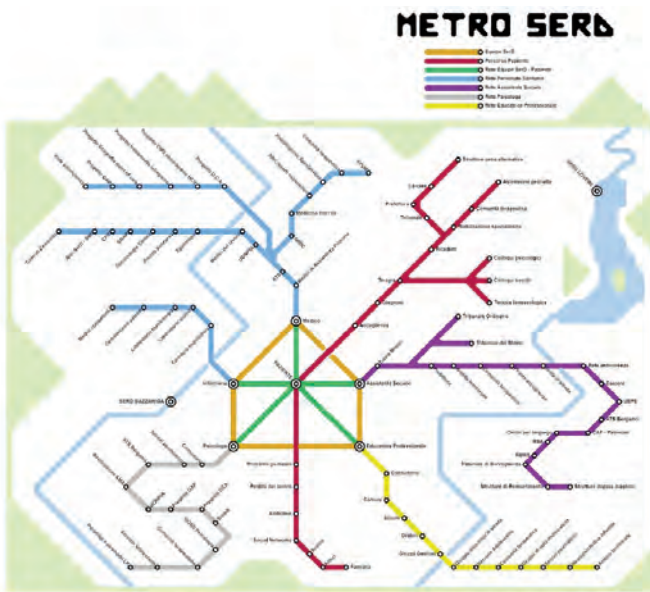


Figura 1

Il paziente si trova al centro dell'equipe, collegato con tutti gli operatori dalla linea verde e giunge all'interno della casa da sud, recando con sé tutto il suo vissuto e la sua storia e, dopo aver interagito con gli operatori, prosegue in direzione nordest attraverso le tappe del programma di cura, di cui la terapia farmacologica rappresenta una piccola parte del tutto.

Dai vertici della casa partono le linee di interazione dei singoli operatori con le realtà ospedaliere e territoriali, specifiche per ogni professionalità, che disegnano una mappa complessa e tortuosa, sempre in divenire. Le singole realtà, a loro volta, sono in relazione fra loro con una modalità così complessa che, se fossero tracciate tutte le linee secondarie, disegnerebbero un'immagine simile ad una rete neurale.

Lo strumento realizzato è diventato, per gli operatori della S.C. delle Dipendenze, il punto di partenza per

sviluppare progettualità per l'evoluzione della telemedicina nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il primo passo è stato quello di aderire al progetto aziendale di teleconsulto con i Medici di Assistenza Primaria in un'ottica di rapido confronto con la medicina del territorio, elemento fondamentale per l'identificazione precoce dei disturbi da uso di sostanze ed interlocutore privilegiato per il follow up del paziente. Il teleconsulto con il MAP ha consentito, in due occasioni, di effettuare il primo colloquio conoscitivo con il paziente direttamente presso lo studio del curante al fine di agevolare la presa in carico presso il SerD.

Per il prossimo futuro sono stati identificati le seguenti progettualità: attivazione del servizio a tutti i pazienti con età superiore a 65 anni, come indicato dalla Missione 6 del PNRR; ampliamento del ventaglio delle figure professionali del servizio con la possibilità di usufruire dell'applicativo di telemedicina anche da parte di psicologhe, assistenti sociali ed educatori professionali; attivazione di spazi di teleconsulto con altri reparti aziendali per la presa in carico rapida di pazienti ricoverati in ospedali lontani dagli ambulatori SerD (SPDC, Medicina, Pronto Soccorso) o per teleconsulto con altri specialisti ambulatoriali (in particolare CPS, UONPIA, consultori); realizzazione postazioni di telemedicina all'interno delle Case di Comunità che non ospitano ambulatori SerD per agevolare i pazienti che hanno poca dimestichezza con la tecnologia e sono privi di caregiver con tali abilità.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche la presenza ed il contatto con il paziente sono elementi fondamentali per impostare un percorso di cura basato sulla fiducia tra paziente ed equipe terapeutica. Concluso il percorso diagnostico ed una volta stabilizzata la terapia farmacologica, la telemedicina rappresenta un ausilio efficace e pratico per superare gli ostacoli all'accesso alle cure dovuti a problemi legati al tempo ed alle distanze.



FeDerSerD

Si ringrazia per il contributo incondizionato

● PLATINUM SPONSOR



● GOLD SPONSOR

