

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

I costi sociali del gioco d'azzardo problematico in Italia. Un contributo scientifico per le valutazioni dell'agenda politica

È noto quanto possano essere rilevanti le ripercussioni economiche, psicologiche e relazionali dei comportamenti di gioco sull'individuo e il suo ambiente sociale.

Le criticità connesse al gioco d'azzardo problematico sono al centro dell'interesse politico ed istituzionale: infatti, gli effetti dannosi, lungi dal coinvolgere soltanto i singoli, comportano ricadute negative a livello sociale.

Ce.R.Co. – Centro Studi Ricerche Consumi e Dipendenze – unitamente a FeDerSerD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze –, ha effettuato una ricerca che fa riferimento al gioco d'azzardo problematico, poiché l'individuazione di un problema di gioco in una popolazione non clinica si basa fondamentalmente sull'utilizzo di una scala o di un questionario di autovalutazione (self-report) e non su di una diagnosi effettuata da un professionista (psichiatra, psicologo clinico, psicoterapeuta).

Sotto questo profilo, la concettualizzazione di gioco d'azzardo problematico proposta da Neal *et al.* (2005), integrando gli elementi essenziali del fenomeno comuni a quasi tutte le definizioni, identifica il gioco problematico con la difficoltà nel limitare denaro e tempo spesi nell'azzardo; difficoltà che conducono a conseguenze negative per il giocatore, per gli altri significativi e per la comunità nel suo complesso.

Tra gli studiosi del fenomeno esiste un accordo pressoché unanime sul fatto che le diverse forme di *addiction* (nello specifico quella legata al gioco d'azzardo) comportano danni non solo per i soggetti interessati ma anche per la collettività, che si esprimono in **costi sociali**.

- **La compromissione neurocognitiva nell'abuso e dipendenza alcolica. Caso Clinico**
Concettina Varango, Pierluigi Morini, Giovanna Navarra
- **Blues is the Haler: il blues è il guaritore ovvero l'utilizzo della musicoterapia umanistico trasformativa nel trattamento dei problemi alcol correlati**
Roberto Marzari, Ottaviano Cricenti, Gabriele Brandolisio, Matteo Bulfon, Enrico Tomaselli, Rosanna Purich

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 26

50

Anno XIV - settembre 2018

Sommario

Editoriale

I costi sociali del gioco d'azzardo problematico in Italia. Un contributo scientifico per le valutazioni della agenda politica 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

What predicts outcome of an Internet-delivered therapy? The role of socio-economic status and gambling behavior 7

Fabio Lucchini, Luca Bastiani, Elisa Benedetti, Maurizio Fea, Felice Nava, Sabrina Molinaro

Utilizzo del protocollo MBRP in un contesto carcerario 15

Mateo Ameglio, Barbara Cincinelli, Sicilia Francesca D'Arista, Elisa Tanzini

Drug Abuse (DA), Dipendenza patologica e Adozione. *Quando l'Amore non basta* 23

Anna Paola Lacatena

Sviluppo di empowerment nella popolazione detenuta. L'efficacia dei gruppi informativo-motivazionali all'interno della Casa Circondariale di Bergamo. Analisi del triennio 2015-2017 43

Consuelo Busetti, Adriana Cattaneo, Maria Pia Gotti, Nicol Vecchio, Nicole Previtali, Elisabetta Bussi, Latifa El Brichi, Marco Righietta

DOCUMENTI

La gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero: il documento di indirizzo della Regione Veneto 47

Matteo Corradin, Mauro Cibir, Gerardo Favaretto, Bruno Forti, Carolina Prevaldi, Lorenzo Rossetto, Diego Saccon, Tommaso Maniscalco, Francesco Bortolan, Claudio Pileri, Domenico Mantovan

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Panoramica su un gruppo di Pazienti afferenti al Ser.T. di Voghera e ricoverati presso un Reparto Ospedaliero di Medicina e Psichiatria dell'ASST di Pavia. Un'analisi della casistica ed un progetto clinico in rete. Lo studio "Car(a)vana" 56

Giansisto Garavelli, Cinzia Priora, Laura Arlandi, Marianna Boso, Giovanni Ferrari, Giuseppe De Paoli, Paola Valdetara, Michele Brait, Armando Gozzini, Francesco Reitano

L'assenzio. Le illusioni della Fée Verte 60

Nadia Anna Della Torre, Dea Massarelli

Efficacia di Buprenorfina/Naloxone nel trattamento delle tossicodipendenze: monitoraggio dei pazienti in terapia presso il Ser.T. di Marsala, ASL n. 9 (Trapani) 67

Fabio Venturella, Maria Cristina Tumbarello, Gaetano Gurgone

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Parole e malattie, una curiosa relazione 5

Maurizio Fea

RECENSIONI 29, 70, 72

NOTIZIE IN BREVE 3

FeDerSerD/FORMAZIONE

Gli outcome nella clinica delle dipendenze 6

La terapia oppiacea per il trattamento del dolore: il ruolo dei servizi per le dipendenze per il miglioramento dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti 30

FrancoAngeli

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2018 - N. 50

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUI Trieste; Claudio Barbaraneli, 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, ASL Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, ASL Pescara; Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, UNODC (ONU) Vienna; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm University Svezia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Padova; Marco Righietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, ASP Palermo; Enrico Tempeta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

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

Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),
tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale
Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 31/07/2018

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



Il concetto di costo sociale, ampiamente utilizzato nella letteratura economica applicata alle dipendenze da sostanze e comportamentali, si riferisce a una perdita complessiva di benessere sociale attribuibile a determinate scelte, azioni e comportamenti.

Scopo della ricerca è la stima dei costi sociali del gioco d'azzardo problematico in Italia.

Come anno di riferimento, in base ai dati disponibili, si è scelto il 2014¹.

In quell'anno solare la raccolta relativa al gioco pubblico è stata di 84,5 miliardi di euro, di cui 7,9 miliardi di euro sono andati all'Erario.

Il tutto a fronte di vincite per 67,6 miliardi e di una spesa complessiva dei giocatori di 16,9 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015)².

La studio si articola in sette sezioni.

Nella prima, viene proposto un inquadramento generale del fenomeno; nella seconda, si delinea il disegno della ricerca alla luce della letteratura internazionale e dei dati effettivamente disponibili; dalla terza alla sesta sezione, vengono stimati i costi ritenuti rilevanti e calcolabili (costi sanitari, di disoccupazione e mancata produttività, associati a suicidi e a rotture familiari e dovuti a problemi legali); nella settima, si propongono delle conclusioni e si prefigurano alcuni scenari alternativi rispetto alla stima dei costi sociali ottenuta, che ammonta a **2,7 miliardi di euro**.

Nel dettaglio analitico i costi sociali complessivi del gioco d'azzardo problematico in Italia possono essere riassunti come segue:

Costi sociali annui del gioco d'azzardo problematico

(Stima riferita a 1.230.179 giocatori problematici/potenzialmente problematici)

	Trattamento	Altri costi associati al fenomeno	Totale
Costi sanitari	10.167.264 €	50.000.000 €	60.167.264 €
	Perdita lavoro	Mancata produttività	
Costi disoccupazione/mancata produttività	479.129.456 €	1.056.660.561 €	1.535.790.017 €
	Suicidi	Divorzi/separazioni	
Costi suicidi/rotture familiari	292.567.898 €	18.207.790 €	310.775.688 €
	Sist. giudiziario	Sist. penitenziario	
Costi problemi legali	328.364.057 €	485.121.795 €	813.485.852 €
Gran totale			2.720.218.821 €*

* Costo stimato per giocatore pari a 2.211 euro

I risultati della ricerca, con i **limiti** derivanti dalla incompletezza delle fonti informative e i margini piuttosto ampi di relatività degli studi di prevalenza, sembrano indicare che in passato vi sia stata una sopravvalutazione dei costi sociali prodotti dal gioco d'azzardo.

Sulla base unicamente del bilancio economico, si potrebbe ipotizzare che vi sia un vantaggio da parte dello Stato nel perseguire politiche espansive di questo mercato: infatti, i margini di guadagno per l'Erario sono molto superiori alle spese generate a carico del sistema sanitario e del welfare per compensare le esternalità negative del commercio e uso di questi prodotti.

Tuttavia, due avvertenze si impongono.

In primo luogo, vi sono alcuni limiti nella presente ricerca.

Molti dei dati utilizzati si riferiscono solo ai giocatori (escludendo peraltro i minorenni), altri sono relativi alla popolazione generale e ciò crea distorsioni nell'esercizio di stima, imponendo di considerare un numero limitato di voci di costo.

I costi sono dunque stati nel complesso sottostimati, limitandosi inoltre a quelli di natura pubblica e non prendendo in esame, ad esempio, i costi esterni privati, quelle esternalità che colpiscono anche i privati, come i famigliari coinvolti per ciascun giocatore problematico.

In altre parole, sono stati considerati solo gli effetti sulla finanza pubblica e in maniera non esaustiva. Si pensi al mancato utilizzo alternativo di risorse che avrebbero potuto essere impiegate in attività produttive e investite in consumi, agli effetti prodotti sulle finanze pubbliche da usura e fenomeni di illegalità e a quei costi sanitari indiretti che impattano su altre dimensioni della salute e della spesa sanitaria, che vanno aldilà di quanto il trattamento dei giocatori problematici gravi sulle finanze pubbliche.

In secondo luogo, è evidente, e condiviso anche da buona parte degli esperti, che il benessere di una popolazione e di una nazione non si misura soltanto con indicatori di carattere economico, come mostrano le ricerche sempre più consistenti orientate a sostituire il Pil come indicatore di benessere e crescita di uno stato.

A maggior ragione, una riflessione correlata a questa ricerca è che la diffusione del gioco d'azzardo produce anche effetti di tipo culturale, etico, sociale molto difficili da misurare e quantificare attualmente, ma soprattutto destinati a propagarsi nel medio e lungo periodo e a incidere sui modelli culturali e biologici di sviluppo individuali e collettivi.

Quanto premesso rimanda alla necessità di ulteriori ricerche che si avvalgano della disponibilità di dati organici, sistematici e finalizzati.

Solo con investimenti consistenti nella raccolta di dati ad hoc, al momento mancanti nel contesto italiano (e non solo), sarà possibile stimare tutte le voci di costo presenti in letteratura e avere un quadro complessivo particolarmente preciso.

La ricerca è stata presentata presso l'Università Milano-Bicocca il 14 giugno 2018, con interventi di autorità accademiche ed istituzionali.

Per maggiori approfondimenti www.federserd.it.

Note

1. Considerato che il dataset della ricerca del Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali (CIRMPA) utilizzato per definire la prevalenza del gioco d'azzardo problematico nella popolazione italiana si riferisce al 2014, si è ritenuto corretto, quando possibile, produrre tutte le stime significative per il presente lavoro con riferimento al medesimo anno solare.

2. Nel 2017 la raccolta è invece stata di 101,8 miliardi di euro, di cui 10,3 miliardi di euro sono andati all'Erario. Il tutto a fronte di vincite per 82,7 miliardi e di una spesa complessiva dei giocatori di 19,1 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2018).

NOTIZIE IN BREVE

Ancora sugli impatti socio-economici del gioco d'azzardo

Si è recentemente tenuta a Malta (11-14 settembre) la dodicesima edizione della European Conference on Gambling Studies and Policy Issues (Easg). Tra i relatori, Keith Whyte, direttore esecutivo del National Council on Problem Gambling (Ncpg) di Washington, che, con particolare riferimento a due delle principali capitali mondiali del gioco, Las Vegas e Atlantic City, ha evidenziato come negli Stati Uniti serva un approccio più complessivo al tema del gioco d'azzardo problematico, che tenga conto delle entrate fiscali e dei posti di lavoro generati, ma anche dei notevoli costi sociali collegati al fenomeno.

Nella sessione relativa ai costi socio-economici del gioco d'azzardo (nel corso della quale è stata anche presentata la ricerca CerCo/FeDerSerD sui costi sociali in Italia), Anne Salonen, del National Institute for Health and Welfare di Helsinki, considerando che la Finlandia ha uno dei più alti tassi di spesa pro capite in gambling nell'Unione europea, si è soffermata sulla composizione (per diversi gruppi socio-economici) delle entrate governative

legate al gioco. Colpisce il fatto che il 5.2% dei giocatori finlandesi contribuisca al 50% della spesa complessiva e che le persone con una spesa mensile più alta in rapporto al proprio reddito netto (maschi in particolare) versino in condizioni socio-economiche vulnerabili, in particolar modo, come intuitivo, i giocatori con livelli di reddito più bassi.

Da segnalare infine la suggestione proposta da Douglas Walker, del College of Charleston, autore di diversi studi sui costi sociali del gambling, che ha sostenuto l'utilizzo dell'Economia comportamentale nell'analisi del gioco d'azzardo. Questo filone di studi, che sta ricevendo crescente attenzione dopo l'assegnazione del Premio Nobel 2017 a Richard Thaler, può, secondo Walker, offrire un utile armamentario concettuale (dal nudge alla prospect theory) per meglio comprendere il gambling e il gioco d'azzardo problematico e per delinearne gli impatti socio-economici, suggerendo inoltre adeguate strategie di policy per il contenimento degli effetti dannosi.



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Contaminazioni

Maurizio Fea

Parole e malattie, una curiosa relazione

Mi sono buscato (preso) un raffreddore... ho avuto un infarto... mi è venuta una colica... ho un cancro... sono un alcolista, un tossico... mi sono rotto un braccio... ho la pressione alta... ho preso l'Aids... sono depresso... sono un sieropositivo.

Ci sono parole e modi diversi per definire il nostro rapporto con le malattie che rivelano i sentimenti, le emozioni con le quali lo caratterizziamo e vi assegniamo più o meno consapevolmente un valore.

Alcuni modi traducono i sensi di colpa impliciti in quasi tutte le malattie mentali e dipendenze, che identificano il soggetto con la malattia: *io sono la mia malattia* con tutto quello che consegue, e riguarda il modo con cui mi presento al mondo, tengo le mie relazioni, mi proietto nel futuro e guardo il passato.

Da notare che quando le cose vanno meglio e sono guarito si dice che c'è stata una remissione, tuttavia mentre dico che *ho avuto una depressione*, non succede che abbia avuto una tossicodipendenza, semmai *sono stato un tossicodipendente* o un alcolista.

Il fatto di intendere le dipendenze come malattia, che si faccia riferimento alla neurobiologia piuttosto che all'approccio di alcolisti anonimi, dà legittimità e valore particolare alla affermazione *io sono la mia malattia*; dice che sono identificato con essa, non in modo transitorio, ma per alcuni (alcolisti anonimi) addirittura permanente.

Dunque identità e malattia in tal caso sono legati fino all'oblio di entrambi, o fino alla dissoluzione biologica del rapporto, che sotto questo sguardo epistemico non si risolve mai.

C'è da domandarsi come mai, rispetto ad altre semantiche di malattia che sono cambiate ed evolute nel tempo, anche per effetto dei progressi della medicina, la malattia mentale e i suoi correlati, abbiano mantenuto questo forte statuto identitario.

Non è ancora evoluta a sufficienza la scienza medica oppure i costrutti sociali entro i quali si collocano e vengono interpretati i comportamenti che traducono sofferenza e inquietudine mentale, non hanno ancora integrato quei cambiamenti di prospettiva dalla colpa alla vulnerabilità.

Si intravede una chiara logica semantica nei riguardi delle malattie infettive, che si prendono, più o meno volontariamente, cosa che fa ovviamente differenza tra influenza e aids.

Il rapporto con la malattia infettiva per noi moderni, pur presentando ancora rischi anche gravi, tuttavia non rappresenta più l'incognita del fato che colpisce a caso, ma ce le prendiamo queste malattie, per volontà, sbadattaggine, distrazione, errore di valutazione.

Quindi non possiamo più che tanto lamentarci, ma piuttosto riconoscere che con un po' più di attenzione... prevenzione, certi incontri si possono evitare e certe cose non prendere.

L'alterità del batterio o del virus nelle sue varie forme, ne fa a volte o più spesso un nemico, che però raramente ci prende, siamo piuttosto noi che lo prendiamo pur riconoscendo che si tratta di un potenziale nemico.

Forse le recenti acquisizioni in materia di bioma intestinale, gettano una nuova luce sul nostro ancestrale rapporto con i batteri, dai quali per altro discendiamo, molto meno con i virus che prendiamo pure loro al mercato delle occasioni, ma con i quali abbiamo altra parentela e soprattutto non presentano tutti quegli effetti benefici attribuiti recentemente ai batteri.

Le diversità semantiche e le apparenti stranezze delle nostre relazioni con le malattie dicono che in realtà ci consideriamo molto più responsabili, forse inconsciamente, del nostro destino, di quanto non appaia poi dai nostri comportamenti.

Le fratture e le lesioni sembrano sempre un fatto volontario, intenzionale o meno, ma pur sempre un agito rivolto dalla, alla, nostra persona: mi sono rotto un braccio, una gamba, mi sono fatto un taglio appaiono tutti gesti autolesionistici, da ricovero coatto e da neurolettico verrebbe da dire, se non ci fosse talora Freud a concedere un salvagente interpretativo inconscio.

Perché mai questo senso di responsabilità, che appare in filigrana dietro molte di queste affermazioni, stenta poi a manifestarsi nei comportamenti rilevanti per la salute e non solo?

Limitandoci ai comportamenti di salute, è forse il senso di proprietà che abbiamo verso il nostro corpo che ci induce ad assumere la responsabilità, nel bene e nel male, anche se sembra piuttosto una s.r.l., ovvero una società a responsabilità limitata, per alcuni anche molto limitata, per la tendenza umana ad abusare dello sconto iperbolico, non solo nei fatti di salute.

A riprova di ciò, non mi sono fatto un cancro, anche se ho fumato 50 sigarette al giorno per trenta anni: il cancro ce l'ho oppure ho scoperto di averlo, è successo a mia insaputa.

Strana e spesso maligna convivenza, sebbene allignare silenziosamente nel nostro corpo per poi manifestarsi ad un certo punto – quando e perché rimane ancora insoluto – sia la sua caratteristica.

Di solito il cancro ci sorprende, ma quando le cose vanno bene, lo abbiamo vinto, ce ne siamo liberati, non abbiamo più ospiti indesiderati.

Poi ci sono le cose che vengono, malattie diverse come un infarto, una colica renale, un ictus, che vengono, non si sa bene mandate da chi o se per loro volontaria decisione, mai comunque invitate da noi.

Ci si comporta come di fronte ad un intruso fastidioso che non vediamo l'ora che se ne vada e cerchiamo di rendergli sgradita e scomoda la visita, cercando subito aiuto da chi ci può alleviare il fastidio e possibilmente allontanare l'intruso.

Non si combatte però una battaglia contro gli intrusi, come invece si fa per il cancro, immediatamente identificato, e giustamente, come portatore di cose cattive.

Questi intrusi che sono venuti anche se non invitati, non chiudono le porte alla speranza, e così come sono venuti potrebbero anche andarsene, grazie all'esperienza e alla fiducia riposta nel sapere medico, che ci fanno ben sperare.

Il rapporto con il sapere medico e la sua potenza risanatrice ha un ruolo fondamentale nel comporre il bagaglio linguistico che usiamo per definirci in rapporto alle malattie. Più c'è fiducia, esito della esperienza, nel potere risanante della medicina e in generale delle cure, più il linguaggio e le parole alludono a speranza, transitorietà, cambiamento, relatività. Per questo motivo dovremmo preoccuparci del fatto che nell'ambito dell'addiction, il linguaggio e le parole conservano ostinatamente quella intenzione identitaria che a me non piace affatto. Siamo ancora lontani dall'offrire soluzioni che possano sciogliere questa identità, e certamente l'adozione della cronicità come paradigma interpretativo non la ricerca di soluzioni.

Tutte questa varietà semantiche ovviamente ci riguardano e interrogano come curanti oltreché come possibili malati. In questa varietà ci muoviamo con più o meno consapevolezza e padronanza, peschiamo da un repertorio linguistico interiorizzato, che si aggiorna via via che le conoscenze ed i progressi della scienza portano nuove informazioni e nuove espressioni, ma i filtri emozionali del nostro cervello continuano ad esercitare un ruolo rilevante nel processo di selezione delle parole e delle espressioni, anche quando pensiamo di stare usando un linguaggio scientifico.

maurizio.fea@gmail.com

FeDerSerD/FORMAZIONE



VII CONGRESSO NAZIONALE

**GLI OUTCOME
NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE**



24-25-26 ottobre ROMA 2018

**Centro Congressi
ERGIFE Palace Hotel**

Il Congresso si pone l'obiettivo di definire, in chiave moderna ed innovativa, gli outcome clinici della presa in carico del consumatore di sostanze, partendo da quello che rappresenta il mandato istituzionale dei Servizi, così come definito dalle norme sia nazionali che regionali. La prima giornata sarà dedicata alla definizione dei diversi outcome del trattamento alla luce dei cambiamenti dei bisogni e dell'evoluzione dei consumi, presentando per i diversi percorsi diagnostici terapeutici proposte di metodo e soluzioni per le criticità, guidati da un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali. La seconda giornata avrà l'obiettivo di affrontare le problematiche che riguardano lo sviluppo delle diverse strategie per il miglioramento del raggiungimento degli outcome clinici (come sviluppare la presa in carico, come individuare gli indicatori e come misurarli). La terza giornata avrà, infine, l'obiettivo di affrontare le strategie metodologiche e le modalità per la presa in carico, in una stessa e comune cornice culturale e scientifica, in riferimento a due dei principali temi di attualità per la clinica delle dipendenze: la strutturazione e l'integrazione degli interventi.

Programma del Congresso:

1ª Giornata – Mercoledì 24 Ottobre

15.00 – 18.00 - 1ª Sessione PLENARIA

Obiettivi per la presa in carico del consumatore di sostanze: metodi, strutturazione ed organizzazione degli interventi

2ª Giornata – Giovedì 25 Ottobre

9.00 – 11.00 - 2ª Sessione PARALLELA A - La presa in carico integrata del consumatore di sostanze autore di reato nel sistema di intervento: il ruolo del farmaco come motore del processo del cambiamento

9.00 – 11.00 - 3ª Sessione PARALLELA B

La presa in carico del giocatore patologico e delle "altre dipendenze": Quali le strategie? Quali gli outcome?

11.45 – 13.30 - 4ª Sessione – PARALLELA A

La centralità della terapia agonista nel trattamento del consumatore di sostanze: innovazioni e prospettive

11.45 – 13.00 - 5ª Sessione – PARALLELA B - Sfide e cambiamenti per i Ser.D.: come implementare la presa in carico del consumatore problematico di alcol

13.00 – 13.30 Presentazione volumi

14.30 – 16.00 - 6ª Sessione – PARALLELA A - Esordi psicotici ed intercettazione precoce

14.30 – 16.00 - 7ª Sessione – PARALLELA B - Il trattamento del tabagismo nel consumatore di sostanze: strategie di presa in carico ed outcomes

16.00 – 17.30 - 8ª Sessione – PARALLELA A - Il ruolo del Ser.D. nel management del consumatore di sostanze con epatite C

16.00 – 17.30 - 9ª Sessione – PARALLELA B - Sfide e cambiamenti per i Servizi Pubblici e del privato sociale: i nuovi consumatori e le nuove sostanze psicoattive

17.30 – 18.30 TAVOLA ROTONDA - Attualità del Tavolo di Alta Integrazione

3ª Giornata – Venerdì 26 Ottobre

9.00 – 11.00 - 10ª Sessione PLENARIA - L'implementazione dei trattamenti nei diversi sistemi di intervento

11.00 – 13.00 - 11ª Sessione PLENARIA - Un nuovo ruolo delle misure di riduzione del danno nell'integrazione dei trattamenti

13.00 – 14.00 - 12ª Sessione PLENARIA - Take home messages e conclusione Congresso

ISCRIZIONE CONGRESSO CON CREDITI ECM e CREDITI ASSISTENTI SOCIALI

24-25-26 ottobre 2018

- Soci FeDerSerD anno 2018 medico e psicologo	Euro 100,00 (+ IVA se dovuta)
- Soci FeDerSerD anno 2018 altre professioni	Euro 50,00 (+ IVA se dovuta)
- Non soci FeDerSerD medico e psicologo	Euro 160,00 (+ IVA se dovuta)
- Non soci FeDerSerD altre professioni	Euro 90,00 (+ IVA se dovuta)
- Operatori professionali non soggetti a crediti formativi	Euro 90,00 (+ IVA se dovuta)
- Studenti	Euro 40,00 (+ IVA se dovuta)

CREDITI ECM

È previsto l'accreditamento ECM (Progetto Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute) per le figure professionali operanti nel settore delle dipendenze: medico (tutte le specializzazioni), psicologo (tutte le specializzazioni), infermiere, educatore professionale, assistente sanitario, farmacista (tutte le specializzazioni), tecnico della riabilitazione psichiatrica. La procedura ECM prevede il controllo elettronico di entrata e ogni uscita per la singola giornata.

CALL FOR ABSTRACT

Deadline per il ricevimento: 7 ottobre 2018, tramite email a federserd@exppoint.it.

È possibile inviare esperienze che verranno presentate in sede congressuale. Le esperienze locali di buone prassi dovranno essere relative a:

- AREA TEMATICA 1: Gli obiettivi della presa in carico integrata del consumatore di sostanze
- AREA TEMATICA 2: La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici
- AREA TEMATICA 3: L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento
- AREA TEMATICA 4: Il management del consumatore di sostanze con comorbidità idiosincrasica
- AREA TEMATICA 5: Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno
- AREA TEMATICA 6: Le nuove sostanze psicoattive implicazioni sulla clinica delle dipendenze
- AREA TEMATICA 7: Modelli di presa in carico per il disturbo da gioco d'azzardo
- AREA TEMATICA 8: Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

memorandum

lunedì 1 ottobre 2018

Termine invio abstract per sessione poster

venerdì 12 ottobre 2018

Termine prenotazione alberghiera

Per informazioni
SEGRETARIA NAZIONALE FeDerSerD

EX.PE POINT Via Matteotti 3 - 22066 Mariano Comense - Co
tel 031 748814 - fax 031 751525
Email federserd@exppoint.it

www.federserd.it - www.exppoint.it

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

What predicts outcome of an Internet-delivered therapy? The role of socio-economic status and gambling behavior

Fabio Lucchini*, Luca Bastiani**, Elisa Benedetti***, Maurizio Fea****, Felice Nava^o, Sabrina Molinaro**

SUMMARY

■ *This study analyzed the outcome predictors of an Internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for problem gambling, examining users' socio-economic profile and gambling behavior. Being males and employed, the fact of playing and to have gambling problems for less than a year, preference for non strategy-based games, and high frequency of playing were found to be predictors of therapy dropout. The findings from this study, though preliminary, suggest that certain patients' socio-economic characteristics and gambling behavior may have a bearing on the success or failure of an ICBT and that there is a need to adapt the therapy for those individuals at risk. In fact, detect at an early stage of the therapeutic relationship those patients with a greater propensity to dropout may allow the implementation of appropriate and customized approaches to reduce the difficulties to follow and complete a therapy. ■*

Keywords: Problem gambling, Gambling behavior, Socio-economic status (SES), Dropout, Internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT), Internet-based treatment.

Parole chiave: Gioco d'azzardo problematico, Comportamento di gioco, Status socio-economico, Dropout, Terapia cognitivo-comportamentale online, Trattamento online.

Introduction

In a comprehensive review of problem gambling, Neal, Delfabro and O'Neill (2005) define it as "characterised by difficulties in limiting money and/or time spent on gambling which leads to adverse consequences for the gambler, others, or for the community". Problem gamblers do not always recognize the critical situation they face. It is often relatives, colleagues/employers and friends who induce them to seek help in order to solve gambling-related psychological, economic and legal problems (Pulford *et al.*, 2009; Gainsbury *et al.*, 2014). In many cases, shame and fear of stigma represent insurmountable barriers (Suurvali *et al.*, 2009; 2012; Hodgins *et al.*, 2012; Bellringer *et al.*, 2008) which prevent many problem gamblers from seeking help. In an

attempt to lower these barriers, new types of professional help have emerged (Carlbring *et al.*, 2008), based on use of telephone and information technology (eg. professional helplines, online counseling, websites). Indeed, several lines of evidence (Cunningham *et al.*, 2008) show that many problem gamblers prefer this type of approach when asking for help or beginning treatment (Wood & Griffiths, 2007) due to the degree of perceived privacy and anonymity offered. Furthermore, such interventions – compared to traditional face-to-face methods – permit greater flexibility in time management as well as overcoming geographical isolation (Griffiths & Cooper, 2003; Monaghan & Blaszczynski, 2009; Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Rodda *et al.*, 2013; Hodgins *et al.*, 2013; Titov *et al.*, 2015).

In Italy epidemiological studies suggest that 4.3% of the general population is at moderate risk of problem gambling and 1.3% are actually problem gamblers (Colasante *et al.*, 2013). Thus, phone and online counselling and assistance services for gamblers have been introduced. Started in October 2009, *Giocare-sponsabile* (GR Responsible Gambling) is the first Italian national helpline dedicated to problem gambling. The service provides free and anonymous professional counselling and assistance via web (e-mail and chat) not only to gamblers, but also to those indirectly affected, such as relatives and friends. In its first six years of activity, the GR helpline provided roughly 45,000 con-

* PhD, Università Milano Bicocca, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale. E-mail: f.lucchini1@campus.unimib.it.

** PhD, Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica.

*** Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica.

**** MD, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD).

^o PhD, MD, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD).

sulting sessions (35,000 telephone conversations, 9,000 online chats); a comprehensive description of the service and its users may be found in quite recent works by Bastiani *et al.* (2015) and Lucchini & Griffiths (2015). Since August 2013, *Giocaresponsabile* has made an additional program of Internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) (Butler *et al.*, 2006; Petry, 2005) available on its website *giocaresponsabile.it*.

ICBT's have proved to be valuable complements to traditional cognitive behavioral therapies for the treatment of psychiatric disorders and other clinical problems (Andersson & Carlbring, 2003; Hedman *et al.*, 2012; Titov *et al.*, 2015). Although there is still a paucity of published research trials on Internet-based intervention for gamblers (Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Luquiens *et al.*, 2016), there is some evidence proving its effective results in reducing problem gambling, anxiety, and depression and improving patients' quality of life (Carlbring *et al.*, 2012; Karyotaki *et al.*, 2015). Moreover, research demonstrates that the effects of treatment are maintained following completion of treatment, and that the outcome of intervention may be partly predicted according to a number of pre-treatment characteristics, such as primary gambling activity, debts due to gambling, social support and personal yearly salary.

A recent review (Merkouris *et al.*, 2016) identified the available evidence regarding outcomes for gamblers following psychological treatment for disordered gambling. If being male, older age, and not having gambling debt predicted positive outcome of the treatment, education and income were not consistently associated with positive or negative outcomes. There were, however, several inconsistencies between Merkouris *et al.*'s findings and those identified by a previous systematic review of treatment outcomes from psychological treatment for disordered gambling (Melville *et al.*, 2007). For instance, Melville *et al.* identified older age, lower gambling debts and longer duration of gambling behavior as potential predictor of treatment dropout, while Merkouris *et al.* suggested that older age and no gambling debt were associated with positive treatment outcomes. Trying to summarize these evidences, longer duration of gambling behavior, lack of social support, younger age of gambling onset and lower gambling debt are associated with dropping out, while female gender, younger age, not having a significant other and not being in the action stage of change are all associated with a less positive response to these treatments (Carlbring *et al.*, 2012; Odlaug *et al.*, 2013).

Taking the above into consideration, by analyzing the socio-economic and gambling profile of users who entered the GR online therapy program but did not complete it, this study aims to further explore possible predictors of dropout from an ICBT. The underlying purpose is to contribute to effective strategies of retention in treatment, better outcome of treatment, and a clearer understanding of the characteristics of problem gamblers who would not be likely to benefit from an Internet-delivered therapy.

Methods

Sample

This is a non-randomized consecutive sample. Out of the 1039 gamblers (83% males) who accessed the GR online helpline services between August 2013 and August 2015, the study focuses on the 192 gamblers who began *Giocaresponsabile* Internet-delivered cognitive behavior therapy (GR ICBT): 40 of them (21%) completed the entire treatment, whilst 152 (79%) dropped out before completion.

Data collection and instruments

Users are required to register on the website *giocaresponsabile.it*, and anonymity and confidentiality are guaranteed throughout the entire treatment. Access to therapy is subject to clinical assessment of both the severity of the gambling disorder and the motivation for treatment.

Assessment of gambling disorder is based on the Problem Gambling Severity Index (PGSI) (Ferris & Wynne, 2001), a nine-item screening tool used to measure the severity of gambling problems in the general population. The PGSI has a range of 0 to 27, describing different levels of problem gambling. A score of 0 means the person does not have a problem (social gambling); a score of 1 and 2 highlights a low risk (low risk gambling); a score of 3 to 7 represents a risk, though limited, of developing an addiction (moderate risk gambling); a score between 8 and 27 indicates a problematic condition. Users with a score between 8 and 27 are automatically admitted to the therapy.

For the motivational assessment, a short test based on clinical experience (Miller & Rollnick, 2014) identify four different profiles: A. low motivation and low perceived self-efficacy (no user matched this profile); B. low motivation but high perceived self-efficacy (1% of the users); C. high motivation but low perceived self-efficacy (48% of the users); D. high motivation and high perceived self-efficacy (51% of the user). Users matching profile A are automatically excluded from the therapy.

Program modules are visible in a private session accessed by the patient using a personal user ID and password, and are managed by therapists in agreement with the patient. Furthermore, patients must attend a weekly 30-minute telephone conversation with the assigned therapist. Patients completing the therapy continued to receive treatment for nine months, with two follow-ups (in the third and sixth months after completion). The others dropped out after an average of four months.

The GR ICBT is structured in five phases associated with nine related goals:

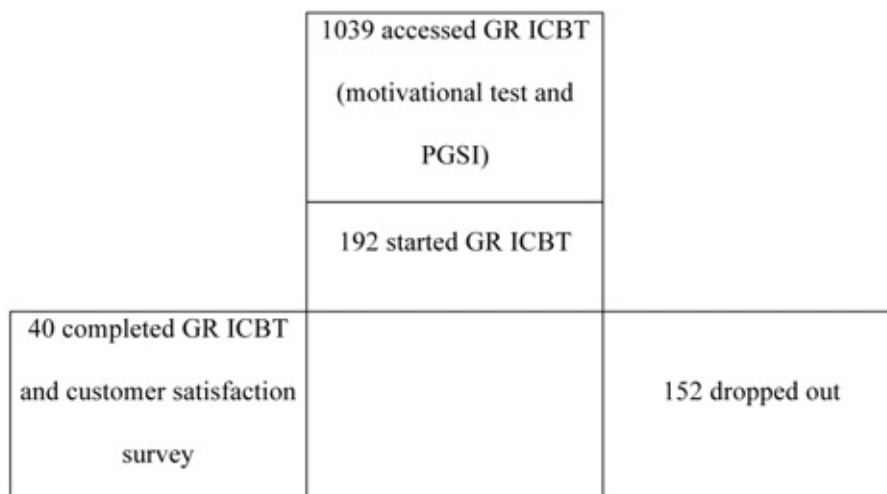
1. assessment;
2. functional analysis (1st goal – identify risky situations; 2nd goal – keep a weekly gambling diary; 3rd goal – identify gambling-related factors);
3. craving management (4th goal – manage craving intensity; 5th goal – reformulate craving-related dysfunctional thoughts; 6th goal – evaluate craving-related rational thoughts);
4. resource management (7th goal – get out of debt and/or manage personal resources independently);
5. relapse prevention (8th goal – react to slips in problem gambling; 9th goal – recognize high-risk situations).

Finally, patients were asked to fill out a customer satisfaction survey composed of 14 items (minimum score = 1; maximum score = 5) related to the structure (timing, working mode, contact with the therapist) and effectiveness of the treatment received and to the therapist-patient relationship (Fig. 1).

During the therapy, information on the following variables was collected:

- (a) socio-economic status: gender, age, marital status, educational level, employment status, housing situation;
- (b) gambling behaviour:
 - (i) history of gambling (duration of gambling activity): less than 1 year, less than 10 years, 10 years or more;
 - (ii) awareness of problem gambling (duration of self-perception of problems related to gambling activity): less than 1 year, less than 10 years, 10 years or more;

Fig. 1 - Giocaresponsabile Internet-delivered cognitive behavior therapy (structure)



- (iii) types of games played, as defined in in other studies (Odlaug, 2011): strategy-based games (poker, blackjack, horse racing, sports, and other betting), non-strategy-based games (lottery, video lotteries and new slot machines, pull tabs, scratch cards, bingo and keno), both strategy-based and non-strategy-based games;
- (iv) gambling setting: on-site, on-line;
- (v) frequency of gambling: occasional (less than once per week), moderate (1-2 times per week), regular (up to 6 times per week);
- (vi) monthly expenditure on gambling: amount of money spent monthly: < 1,000 euros; from 1,000 to 10,000 euros; > 10,000 euros;
- (vii) gambling debts: < 1,000 euros; from 1,000 to 10,000 euros; > 10,000 euros.

Statistical analysis

All analyses were performed using STATA 13.0 (STATA Corp., TX, USA) and SPSS v.21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Categorical variables were expressed as percentages, and continuous variables were expressed as mean, standard deviation, median and interquartile ranges (IQR). An independent samples t-test was conducted to compare the mean of different variables between groups (treatment completed vs dropouts). The Chi-square test (or Fisher's exact test) was used to compare categorical variables between two groups. Cox proportional hazard models were tested for the unadjusted hazard ratios of treatment completed/dropout among each covariate (i.e. gender, marital status, educational level, employment status, housing situation, history of gambling, awareness of problem gambling, types of games, gambling setting, frequency of gambling, monthly expenditure on gambling, gambling debts). The multivariate Cox model with the backward stepwise procedure was performed to evaluate the relationship between treatment completed/dropouts (dependent variable) and the covariates assessed in this study (independent variables).

Results

Table 1 shows differences in terms of socio-economic status and gambling behavior between patients who completed the GR

Internet-based therapy (completed) and those who did not (dropouts). Significant differences were observed with respect to some variables. Among socio-economic characteristics, a significant difference was observed with respect to gender, with 74% of dropouts and 92.5% of completed being males. A significant difference was also observed in employment status: 13% of dropout subjects have no regular job, while none of those who completed the therapy is unemployed.

With reference to gambling behavior, dissimilarities emerge between completed and dropouts in the number of years spent on gambling (history of gambling), in the awareness of problem gambling, but also in the frequency of gambling. The majority of both dropouts and completed has been gambling for more than one year but less than ten. Among the dropouts, 40.3% have been playing for less than one year and 16.9% acknowledged that they are problem gamblers within the past year; among the completed, 20% have been gambling for ten years or more and 53.1% have known they are problem gamblers for ten years or more. This highlights a greater proportion of subjects in the group of dropouts who have been playing for less than a year being aware of their gambling problem. Lastly, it has been observed that dropouts have a greater propensity for non-strategy-based games than the completed group.

Furthermore, the results of the univariate Cox model analysis (Fig. 2) revealed that males had a significantly higher risk of giving up treatment than females (Hazard Ratio [HR], 1.73; confidence interval [CI], 1.04-2.88), as did employed subjects compared to unemployed ones (HR, 2.66; CI, 1.35-5.24). Many patients attending the GR ICBT reported difficulty maintaining the weekly telephone appointment with the therapist, which is always scheduled at the same time on the same day of the week. This rigidity in the organization may explain why – in contrast with the findings from other studies (Melville et al., 2007) – employed patients, especially those working shifts, have a higher risk of dropping out of treatment than unemployed ones.

No statistically significant association was observed with respect to housing situation, educational level or marital status. Also, the fact of having gambling debts, of spending a little or a lot, and the setting of gambling do not seem to be associated with dropout. The characteristics associated with dropout from therapy, on the other hand, are the frequency of gambling and the

Tab. 1 - Descriptive statistics: socio-economic status and gambling behavior

		Completed		Dropouts		Sign.*
		n.	%	n.	%	
Gender	M	37	92.50	112	74.00	<0.05
	F	3	7.50	40	26.00	
Marital status	Married	16	40.00	42	27.60	ns
	Unmarried	15	37.50	64	42.10	
	Separated/divorced	9	22.50	46	30.30	
Educational level	Middle school	9	22.50	36	23.4	ns
	High school	24	60.00	97	63.60	
	University	7	17.50	19	13.00	
Employment status	Not employed	0	0,00	20	13.00	<0.05
	Employed	36	100.00	132	87.00	
Housing situation	Alone	9	22.50	35	23.30	ns
	With partner or children	25	62.50	79	52.00	
	With family of origin	6	15.00	38	24.70	
History of gambling	Less than 1 year	8	30.00	26	40.30	<0.05
	<10 years	16	50.00	35	54.50	
	10 or more years	8	20.00	3	5.20	
Awareness of problem gambling	less than 1 year	2	6.30	16	16.90	<0.05
	<10 years	13	40.70	58	58.40	
	10 or more years	17	53.10	24	24.70	
Type of game	Non-strategy-based games	23	57.50	88	60.60	<0.05
	Strategy-based games	5	12.50	23	15.80	
	Strategy & non-strategy-based games	12	30.00	34	23.60	
Frequency of gambling	Occasional (less than once a week)	4	10.00	10	10.40	ns
	Moderate (1-2 times a week)	13	32.50	18	19.50	
	Regular (up to 6 times a week)	23	57.50	65	70.10	
Gambling debts	<1,000 euros	3	17.70	13	21.00	ns
	From 1,000 to 10,000 euros	6	35.20	18	29.00	
	>10,000 euros	8	47.10	31	50.00	
Gambling setting	On-site	39	97.50	120	89.60	ns
	On-line	1	2.50	14	10.40	
Monthly expenditure on gambling	<1,000 euros	21	52.50	74	50.70	ns
	From 1,000 to 10,000 euros	18	45.00	72	49.30	
	>10,000 euros	1	2.50	0	0.00	

* Chi square or exact fisher test

types of game played. A higher rate of dropouts is found among regular players (up to 6 times a week) and among those who prefer non-strategy-based games, with an HR equal to 1.67 (95% CI, 1.02-2.78) and 1.83 (95% CI, 1.04-3.22) respectively. Having started playing less than 12 months ago (HR, 2.85; 95% CI, 1.40-5.80) and perceiving one's gambling behavior as problematic for less than a year (HR, 2.84; 95% CI, 1.10-8.03) were also associated with dropping out of treatment.

The Multivariate Cox model analysis (Fig. 3) showed that subjects preferring non-strategy-based games (HR, 1.26; 95% CI, 1.14-1.65), playing frequently (HR, 2.26; 95% CI, 1.30-3.93) and having started to play less than one year ago (HR, 2.33; 95% CI, 1.03-5.85) had a higher risk of abandoning treatment.

Discussion

This study aimed to analyze the outcome predictors of an Internet-delivered cognitive behavior therapy for problem gambling. Univariate analysis shows that males have a higher risk of leaving the GR ICBT, though the small number of females present in the sample limits the validity of gendered analysis. Employed subjects and those who have been perceiving their problematic behavior for less than a year have a higher risk of leaving the GR ICBT. Considering the multivariate Cox analysis, subjects preferring non-strategy-based games, playing frequently (up to 6 times a week), and having started playing less than one year ago have a higher risk of leaving the GR ICBT.

Fig. 2 - Univariate Cox model analysis

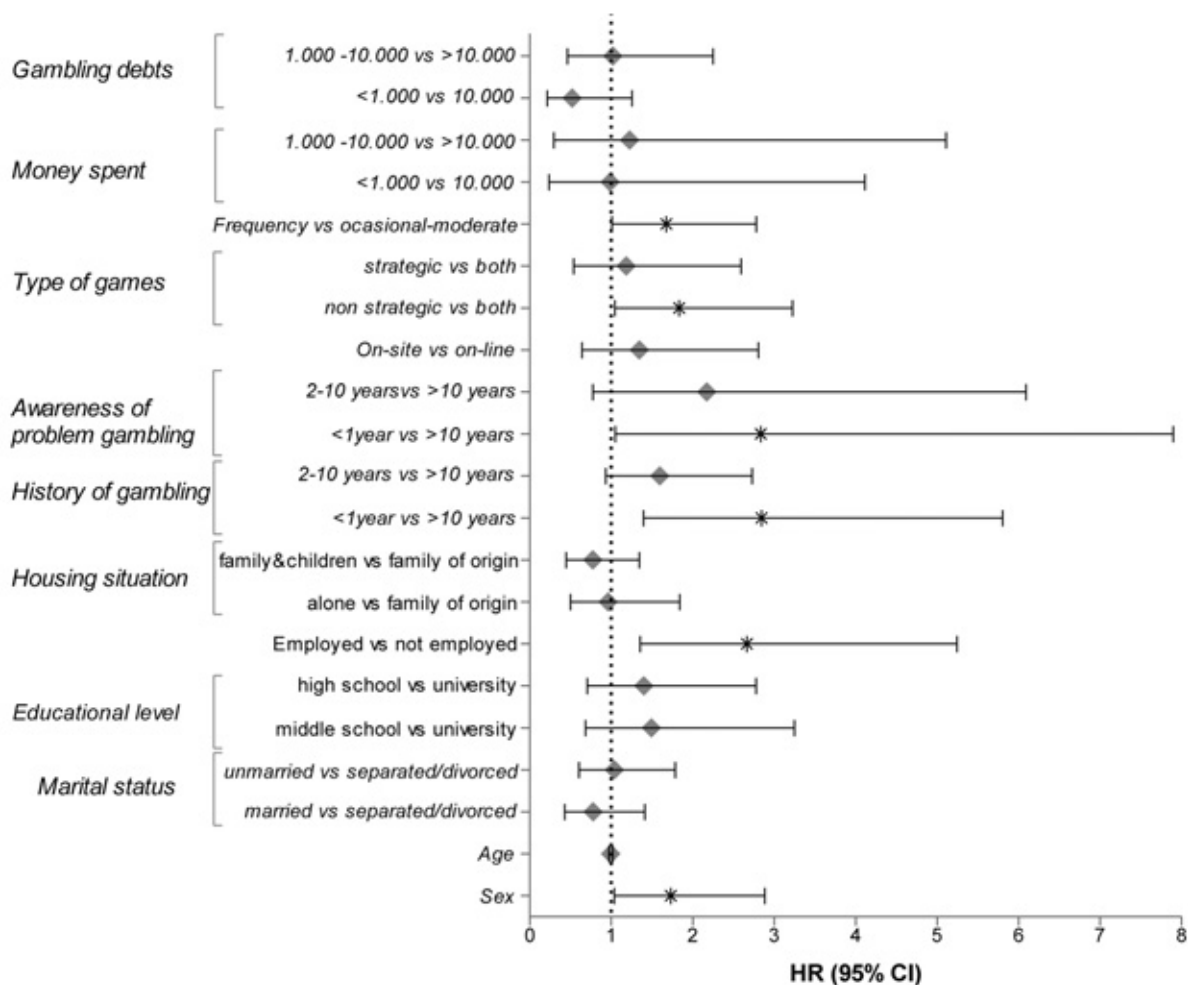
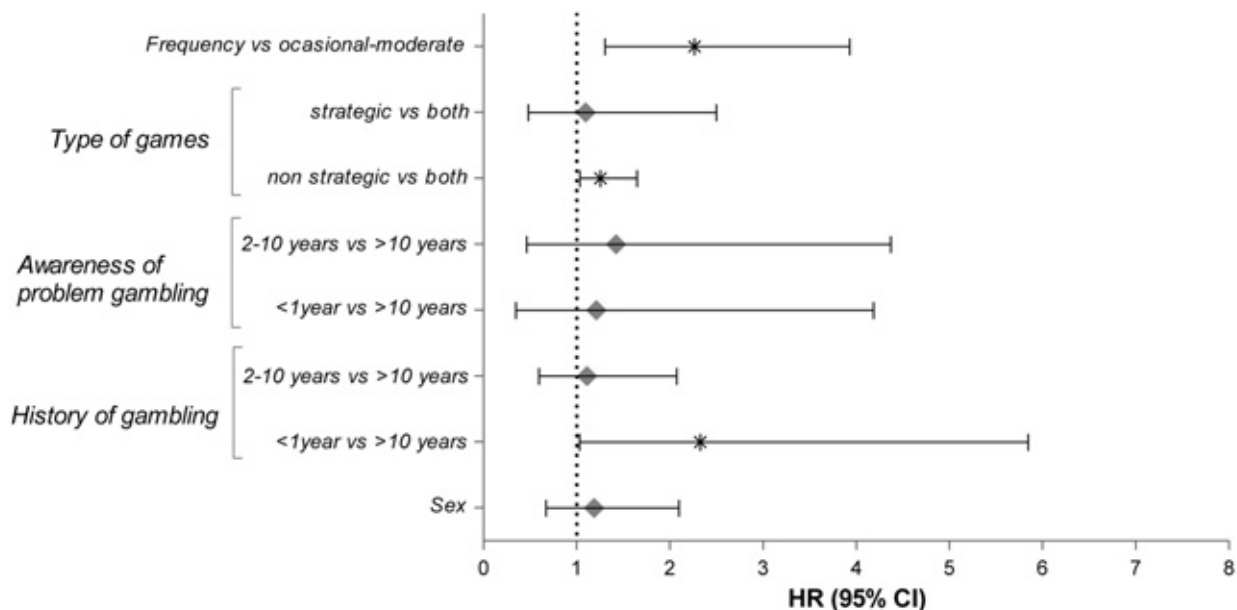


Fig. 3 - Multivariate Cox model analysis



These results are consistent with research associating both non-strategic gambling and high gambling frequency with severe gambling problems, which are more difficult to interrupt. In fact, non-strategic games are indeed more addictive than those involving competence and skill: the structural characteristics of non-strategy-based games, and slot machines in particular, seem to stimulate cognitive biases such as illusion of control, flexible attributions, representativeness, availability bias, illusory correlations and fixation on absolute frequency (Griffiths, 1994; Meyer *et al.*, 2011; Scalese *et al.*, 2015). Also, problem gamblers, treatment services, and gambling researchers consistently link high frequency of gambling activity with dysfunctional behaviors (Meyer *et al.*, 2009; Williams *et al.*, 2012) – for instance, scratch cards are categorized as a form of continuous gambling strongly predictive of behavioral disorders (Williams *et al.*, 2015).

As noted above, a systematic review (Merkouris *et al.*, 2016) revealed that likely predictors of successful treatment outcome include male gender, older age, being employed, lower severity of gambling symptoms and lower levels of gambling behavior, while preferred gambling activity and problem gambling duration do not appear to be significantly associated with the outcome of treatment. The results of this review are not fully in line with the findings of the present study. These inconsistencies could be partially explained by several methodological issues that limit the relevance of behavioral therapy trials in problem gamblers (Hodgins *et al.*, 2009): it may be difficult, for instance, to generalize the findings obtained from patients recruited via advertisements to patients seeking treatment in real-life settings (Fink *et al.*, 2012), as in the case of the GR ICBT.

Moreover, individuals with a recent onset of gambling and an equally recent development of problem gambling (less than one year) may have not yet consolidated enough motivation for change. Motivation, in fact, is often triggered by gambling-related financial difficulties worsened over time (Ledgerwood *et al.*, 2013). Some patients may therefore not be sufficiently motivated when approaching a treatment that – while freely available online – requires an on-going commitment.

All this suggests that there is a particular need for research exploring the several variables associated with dropping out of treatment, such as: stressful life events and the presence or absence of supportive social relationships; psychological variables, such as impulsivity, sensation-seeking and self-control; differences in these variables between genders (González-Ortega *et al.*, 2014); availability of reliable internet access and of a quiet environment to for computer use; treatment-related variables such as patients' expectations and motivation, therapeutic alliance, treatment duration. In particular, treatment credibility and a good working alliance (Postel *et al.*, 2011) are important factors in Internet-based psychotherapy (Alfonsson *et al.*, 2016). In GR ICBT case, 40 subjects completed a customer satisfaction survey (minimum score = 1; maximum score = 5), which yielded 4 as the average response score.

We should also consider the reasons why many individuals registered for the GR ICBT and then did not ask for an initial appointment with a therapist – the first concrete step in treatment – or dropped out in the early stages. One possible explanation for this might be the easy access to GR service: registration is often driven by impulsivity and curiosity rather than by real motivation for change. Considering a general high risk of dropout in internet-based treatment for psychological disorders – an average rate of thirty-five percent (Melville *et al.*, 2010) – additional research is needed in order to understand and prevent it (Casey *et al.*, 2017).

Limitations

One of the limitations of this study is certainly the nature of the sample, which is not representative of the general population of problem gamblers in Italy. There are, for example, considerable socio-economic differences even between GR helpline users and GR ICBT users. Compared to the helpline users, online therapy patients are younger (39 years vs 42), with a higher level of education (high school diploma or degree in 63% of cases), and have stable employment (60% are employees while 20% are self-employed). Comparison with the population samples of outpatients (Bellio & Fiorin, 2009; Lovaste *et al.*, 2015) assisted by local Italian addiction/problem gambling services facilities (SERD) outlines a similar inclination for non-strategic gambling but significant differences in average age (higher), educational and employment level (lower).

Other limitations on the data should be taken into consideration when interpreting the findings of the study. Firstly, the relatively small size of the sample, which is almost exclusively restricted to men and composed of treatment seekers. Secondly, the lack of control and comparison groups preclude a definitive conclusion (Chebli *et al.*, 2016). In general, as there are only a small number of research examining the association between socio-economic status/gambling behavior and outcome of the treatment of disordered gambling (Melville, 2007; Merkouris, 2016), caution is required in the interpretation of the evidence of the present study.

Conclusion and future research

The findings of this study, the first in Italy to follow patients engaged in online therapy over time, provide useful, though preliminary, information on the socio-economic and gambling behavior characteristic of patients at risk of dropout. Being male and employed, the fact of playing and to have gambling problems for less than a year, a preference for non-strategic gambling, and high frequency of playing were found to be predictors of therapy dropout. This suggests that certain patients' socio-economic characteristics and gambling behavior may play a role in the success or failure of an ICBT. Thus, there is a need to adapt the therapy for patients at risk, placing greater emphasis on motivating them (Jiménez-Murcia *et al.*, 2015). In fact, detecting patients with a greater propensity to dropout at an early stage in the therapeutic relationship might enable the implementation of appropriate and effective customized approaches.

In summary, considering that the goal of this study is to identify factors associated with dropping out of an ICBT, it is important to further investigate the impact of these factors in order to tailor treatment to specific patients' needs (Echeburúa *et al.*, 2017). This would help clinicians to identify participants who are likely to dropout and select who are most likely to benefit in situations where resources are limited. In the months to come, these and other findings will be considered in the evaluation of patients in order to maximize their retention in care. In particular, to enhance treatment retention, an effective ICBT should include intrinsic motivational components aimed at increasing patient engagement. Approaches focusing on motivational factors may result in better treatment engagement for some problem gamblers (Ledgerwood *et al.*, 2013). Thus, GR professionals have recently included a motivational module in the therapy to support patients in the early stages of treatment and to reduce their

risk of dropout. Another aspect is related to the development – in progress – of tools for evaluating the effectiveness of therapy. Assessment of the effectiveness of the GR ICBT based on objective parameters would help enhance strategies aimed at reducing the treatment dropout rate. It would also corroborate the results of the present study, which will be expanded with further data collection and analysis.

Special thanks for their assistance must go to the professionals involved in the project Giocaresponsabile: Ilaria Coronelli, Barbara Corsini, Erika de Maddalena, Laura Ferrari, Francesca Forlì, Antonella Maccaroni, Fabrizio Meroni, Daniela Rosella, and Simona Segantin.

References

Alfonsson S., Olsson E., Hursti T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 18(3), e52. doi: 10.2196/jmir.5352.

Andersson G., Carlbring P. (2003). Internet and cognitive behaviour therapy: New opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3): 97-99.

Andersson G., Cuijpers P., Carlbring P., Riper H., Hedman E. (2014). Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13: 288-295. doi: 10.1002/wps.20151.

Bastiani L., Fea M., Potente R., Luppi C., Lucchini F., Molinaro S. (2015). Helpline for problem gambling: A profile of its users' characteristics. *Journal of Addiction*. doi: 10.1155/2015/659731.

Bellringer M., Pulford J., Abbott J., De Souza R., Clarke D. (2008). *Problem gambling-barriers to help seeking behaviours*. Auckland, New Zealand: Gambling and Addictions Research Centre, Auckland University of Technology.

Bellio G., Fiorin A. (2009). Clinical and socio-demographic characteristics, and gender differences in outpatients with pathological gambling. *Journal of Psychopathology*, 15(1): 39-47.

Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M., Beck A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1): 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.

Carlbring P., Smit F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6): 1090-1094.

Carlbring P., Degerman N., Jonsson J., Andersson G. (2012). Internet-Based Treatment of Pathological Gambling with a Three-Year Follow-Up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4): 321-334.

Casey L.M., Oei T.P., Raylu N., Horrigan K., Day J., Ireland M., Clough B.A. (2017). Internet-Based Delivery of Cognitive Behaviour Therapy Compared to Monitoring, Feedback and Support for Problem Gambling: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Gambling Studies*, 1-18.

Chebli J.L., Blaszczynski A., Gainsbury S.M. (2016). Internet-based interventions for addictive behaviours: a systematic review. *Journal of gambling studies*, 32(4): 1279-1304. doi: 10.1007/s10899-016-9599-5.

Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., Molinaro S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *Journal of Gambling Studies*, 29(4): 765-774. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.

Cunningham J.A., Hodgins D.C., Toneatto T. (2008). Problem gamblers' interest in self-help services. *Psychiatric Services*, 59(6): 695-696.

Cunningham J.A., Hodgins D.C., Toneatto T., Rai A., Cordingley J. (2009). Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy*, 40(3): 219-224.

Echeburúa E., Gómez M., Freixa M. (2017). Prediction of Relapse After Cognitive-Behavioral Treatment of Gambling Disorder in Individuals With Chronic Schizophrenia: A Survival Analysis. *Behavior Therapy*, 48: 69-75.

Farrer L., Christensen H., Griffiths K.M., Mackinnon A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *PLoSOne*, 6(11): e28099, doi: 10.1371/journal.pone.0028099. — <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0028099>.

Ferris J., Wynne H. (2001a). *The Canadian problem gambling index: User manual*. The Canadian Centre on Substance Abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Ferris J., Wynne H. (2001b). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Fink A., Parhami I., Rosenthal R.J., Campos M.D., Siani A., Fong T.W. (2012). How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. *Addiction*, 107(11): 1915-1928. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x.

Fortune E.E., Goodie A.S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26: 298-310.

Gainsbury S., Blaszczynski A. (2011). Online self-guided interventions for the treatment of problem gambling. *International Gambling Studies*, 11: 289-308.

Gainsbury S., Blaszczynski A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31(3): 490-498. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.007.

Gainsbury S., Hing N., Suhonen N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30: 503-519.

González-Ortega I., Echeburúa E., de Corral P., Polo-López R. (2014). Pathological Gambling: Clinical Gender Differences. In: Sáenz-Herrero M. (Eds.). *Psychopathology in Women Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Springer International.

Griffiths K.M., Christensen H. (2006). Review of randomized controlled trials of Internet interventions for mental health and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10: 16-29.

Griffiths M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85: 351-369.

Griffiths M.D. (2004). Betting your life on it: Problem gambling has clear health related consequences. *British Medical Journal*, 329: 1055-1056.

Griffiths M.D., Cooper G. (2003). Online therapy: implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance and Counselling*, 13: 113-135.

Hedman H., Ljótsson B., Lindefors N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6): 745-764.

Hodgins D.C., Currie S.R., Currie G., Fick G.H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5): 950-960. doi: 10.1037/a0016318.

Hodgins D.C., Toneatto T., Cunningham J.A., 6 Suurvali, H. (2012). Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 28(2): 273-96.

Hodgins D.C., Gordon H.F., Murray R., Cunningham J.A. (2013). Internet-based interventions for disordered gamblers: study protocol for a randomized controlled trial of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. *BMC Public Health*, 13: 10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/10>. doi: 10.1186/1471-2458-13-10.

Jiménez-Murcia S., Granero R., Fernández-Aranda F., Arcelus J., Aymamí M.N., Gómez-Peña M., Tárrega S., Moragas L., Del Pino-Gutiérrez A., Sauchelli S., Fagundo A.B., Brewin N., Menchón J.M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *European Addiction Research*, 21(4): 169-78. doi: 10.1159/000369528.

- Karyotaki E., Kleiboer A., Smit F., Turner D.T., Pastor A.M., Andersson G., Berger T., Botella C., Breton J.M., Carlbring P., Christensen H., de Graaf E., Griffiths K., Donker T., Farrer L., Huibers M.J.H., Lenndin J., Mackinnon A., Meyer B., Moritz S., Riper H., Spek V., Vernmark K., Cuijpers P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: An individual patient data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(13): 2717-2726. doi: 10.1017/S0033291715000665.
- Ledgerwood D.M., Arfken C.L., Wiedemann A., Bates K.E., Holmes D., LaNeice J. (2013). Who Goes to Treatment? Predictors of Treatment Initiation among Gambling Help-Line Callers. *The American Journal on Addictions*, 22: 33-38. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00323.x.
- Lovaste R., Porta A., Marchiaro M. (2015). Linee guida per il territorio provinciale. In: Caneppele S., Marchiaro M. (Eds.). *Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino*. Trento: Transcrime – Università degli Studi di Trento.
- Lucchini F., Griffiths M.D. (2015). Preventing and treating problem gamblers: The first Italian National Helpline. *Responsible Gambling Review*, 1(2): 20-26.
- Luquiens A., Tanguy M.L., Lagadec M., Benyamina A., Aubin H.J., & Reynaud M. (2016). The Efficacy of Three Modalities of Internet-Based Psychotherapy for Non-Treatment-Seeking Online Problem Gamblers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 18(2): e36. doi: 10.2196/jmir.4752.
- Melville K.M., Casey L.M., Kavanagh D.J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27: 944-958.
- Melville K.M., Casey L.M., Kavanagh D.J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4): 455-471.
- Merkouris S.S., Thomas S.A., Browning C.J., Dowling N.A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48: 7-31.
- Meyer M., Fiebig G., Häfeli J., Mörsen C. (2011). Development of an assessment tool to evaluate the risk potential of different gambling types. *International Gambling Studies*, 11(2): 221-236.
- Meyer G., Hayer T., Griffiths M.D. (2009). *Problem Gambling in Europe*. Springer.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemporary clinical trials*, 37(2): 234-241.
- Monaghan S., Blaszczynski A. (2009). *Internet-based Interventions for the Treatment of Problem Gambling*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Monaghan S., Wood R.T.A. (2010). Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22: 113-128.
- Neal P., Delfabbro P., O'Neil M. (2005). *Problem Gambling and Harm: Towards a National Definition*, prepared for the national Ministerial Council on Gambling (Gambling Research Australia), South Australian Centre for Economic Studies with the Department of Psychology, University of Adelaide, Victorian Government.
- Odlaug B.L., Marsh P.J., Kim S.W., Grant J.E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling: Characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2): 105-112.
- Odlaug B.L., Stinchfield R., Golberstein E., Grant J.E. (2013). The relationship of tobacco use with gambling problem severity and gambling treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27: 696-704.
- Petry N. (2005). Gamblers Anonymous and Cognitive-Behavioral Therapies for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1): 27-33. doi: 10.1007/s10899-004-1919-5.
- Postel M.G., de Haan H.A., Ter Huurne E.D., van der Palen J., Becker E.S., de Jong C.A. (2011). Attrition in web-based treatment for problem drinkers. *Journal of medical Internet research*, 13(4): e117.
- Pulford J., Bellringer M., Abbott M., Clarke D., Hodgins D., Williams J. (2009). Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25: 19-32.
- Rodda S., Lubman D.I. (2013). Characteristics of gamblers using a national online counseling service for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12: 295-307.
- Scalese M., Bastiani L., Salvadori S. (2016). Association of Problem Gambling with Type of Gambling Among Italian General Population. *Journal of Gambling Studies*, 32: 1017-1026. doi: 10.1007/s10899-015-9579-1.
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3): 407-424.
- Suurvali H., Hodgins D.C., Toneatto T., Cunningham J.A. (2012). Hesitation to Seek Gambling-related Treatment Among Ontario Problem Gamblers. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1): 39-49.
- Titov N., Dear B.F., Ali S., Zou J.B., Lorian C.N., Johnston L., Terides M.D., Kayrouz R., Klein B., Gandy M., Fogliati V.J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(2): 193-205.
- Williams R.J., Hann R.G., Schopflocher D., West B., McLaughlin P., White N., King K., Flexhaug T. (2015). *Quinte Longitudinal Study of Gambling and Problem Gambling*, Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario. — <http://hdl.handle.net/10133/3641>.
- Williams R.J., Volberg R.A., Stevens R.M.G. (2012). Population Assessment of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Problem Gambling Research Centre. May 8. — <https://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3068>.
- Wood R.T.A., Griffiths M.D. (2007). Online guidance, advice, and support for problem gamblers and concerned relatives and friends: an evaluation of the Gam-Aid pilot service. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35: 373-389.
- Yau Y.U., Potenza M.N. (2015). Gambling disorder and other behavioural addictions: recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23: 134-146.

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

Utilizzo del protocollo MBRP in un contesto carcerario

Mateo Ameglio*, Barbara Cincinelli**, Sicilia Francesca D'Arista***, Elisa Tanzini****

SUMMARY

■ *The application of Mindfulness to the traditional approach of relapse prevention enriches significantly the possibilities of “aftercare” interventions in relation to addictions. The use of Mindfulness Based Relapse Prevention Protocol (MBRP) codified by Alan Marlatt and collaborators at the San Gimignano Prison has fully confirmed this assertion. Despite the difficulties inherent the prison context, which have also required an adaptation of the protocol, it presents favorable aspects for this kind of intervention and is also an important contribution for the development of emotional and behavioral self-regulation skills for people living in this kind of environment.* ■

Keywords: *Relapse, Substances, Mindfulness, Awareness, Prison.*

Parole chiave: *Ricaduta, Sostanze, Mindfulness, Consapevolezza, Carcere.*

L'incontro fra la Prevenzione delle Ricadute e la Mindfulness

La componente psico-comportamentale specifica del trattamento delle dipendenze, che alcuni chiamano *Addiction counseling* (Ameglio, Cincinelli e Severini, 2014), può essere ricondotta alla combinazione dei seguenti due approcci teorici e metodologici: quello motivazionale (Prochaska e Di Clemente, 1986; Miller e Rollnick, 1994) e quello cognitivo-comportamentale, che trova il suo principale modello teorico ed applicativo nella *Relapse Prevention Therapy* (RPT) o “Terapia della Prevenzione delle Ricadute” di Alan Marlatt (Marlatt e Gordon, 1985; Marlatt, Parks e Witkiewitz, 2002; Witkiewitz e Marlatt, 2004; Marlatt e Donovan, 2005; Daley e Marlatt, 2006).

In quest'ultimo ambito, oltre alle componenti informative e psicoeducative, al cambiamento dello stile di vita ed alla bonifica e ristrutturazione ambientale, forte attenzione viene posta allo *skills training* comportamentale teso al controllo e alla gestione degli stimoli condizionati (*cues/triggers*) collegati alle “Situazioni ad Alto Rischio” (*High Risk Situations* – HRS), sia esterni (PLS, persone, luoghi, situazioni) sia interni (emozioni, pensieri, sensazioni), capaci di attivare *craving* e *urges*.

L'auto-osservazione e monitoraggio delle “situazioni ad altro rischio” è il primo passo nell'addestramento alle abilità di fron-

teggimento o *coping skills*, basate queste ultime su un approccio prevalentemente evitante.

Il fronteggiamento di emozioni, specie quelle negative e dello stress, attraverso specifici training, assume un'importanza non secondaria, in considerazione delle note correlazioni tra gli stati emotivi, specie quelli negativi (disforia, ansia, tristezza, noia, ecc.) e la ricaduta nell'uso di sostanze (Witkiewitz e Marlatt, 2004). Numerosi autori, peraltro, identificano nel “deficit della regolazione degli affetti”, uno degli elementi nucleari comuni alle dipendenze da sostanze e comportamentali, laddove la sostanza/comportamento avrebbe il ruolo di “regolatore esterno degli stati affettivi” (Caretto *et al.*, 2008).

Un altro aspetto fondamentale è costituito dagli interventi sulla componente più propriamente cognitiva e dei suoi correlati emotivi, attraverso una ristrutturazione tesa ad agire su aspetti quali i pensieri disfunzionali, le negazioni, le razionalizzazioni, le aspettative degli effetti positivi, i miti oppure gli AVE (*Abstinence Violation Effects*) che subentrano dopo la ricaduta, quali il senso di colpa e vergogna, di fallimento personale, di mancanza di volontà, di minor autoefficacia, di inguaribilità. Molti di questi aspetti, ma non solo questi, intervengono nella specifica attività tesa alla prevenzione o alla gestione della ricaduta, per evitare che quest'ultima si trasformi da *lapse* in *relapse*.

Il lavoro sull'aumento della consapevolezza dell'individuo in merito al proprio comportamento in relazione al rischio di ricaduta, passa attraverso un'analisi dettagliata ed oggettiva dei vari fattori in gioco, compresi i meno evidenti quali i “precursori nascosti di ricaduta” (*covert antecedents of relapse*) o le “decisioni apparentemente irrilevanti” (*apparently irrelevant decisions*), in modo da identificare consapevolmente i segnali precoci di avvertimento rispetto al rischio di ricaduta (*early warning signals*).

* *Psichiatra, Resp. Ser.D. Zona Valdelsa e UOSD Salute in carcere dell'USL Toscana Sud Est.*

** *Psicologa Psicoterapeuta, Ser.D. Zona Valdelsa dell'USL Toscana Sud Est.*

*** *Psicologa, istruttrice di corsi MBSR.*

**** *Psicologa Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma.*

Tenendo conto di quanto su esposto, è piuttosto intuitivo identificare nella *"Mindfulness"*, che viene definita una strategia meta-cognitiva di *coping*, un valido completamento della qualificata e già consolidata "Terapia della Prevenzione delle Ricadute".

La lunga frequentazione di Alan Marlatt, sia personale che professionale, con le pratiche meditative, ha portato ad introdurre inizialmente, nel settore delle "modifiche allo stile di vita" della prima versione della "Terapia della prevenzione della ricaduta" – RPT (Marlatt e Gordon, 1985), la meditazione come strategia cognitiva per la gestione dello stress. Il suo ruolo è cresciuto nel corso degli anni, sino a sviluppare con i suoi collaboratori presso l'*Addictive Behaviors Research Center* della Washington University, il programma *Mindfulness Based Relapse Prevention – MBRP* (Bowen, Chawla e Marlatt, 2011), come trattamento *after-care* di prevenzione della ricaduta nelle varie dipendenze, il quale combina le strategie cognitivo-comportamentali della su menzionata RPT con la pratica meditativa "*Mindfulness*" (Bowen et al., 2011, Bowen et al., 2013). Il programma MBRP integra le pratiche di *mindfulness* derivanti dai protocolli *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) di J. Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1990) e *Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy* (MBCT) di Z. Segal e collaboratori (Segal et al., 2002) con le strategie cognitivo-comportamentali di "Prevenzione delle Ricadute" (Daley e Marlatt, 2006). Vengono descritti di seguito i principali aspetti relativi all'apporto della componente *Mindfulness*, nel suddetto protocollo e più in generale nel trattamento delle dipendenze, applicabili peraltro ad affini comportamenti più o meno disfunzionali, nei quali prevale l'automatismo e l'impulsività. Una prima indicazione ci viene fornita dalla definizione che dà Jon Kabat-Zinn nel suo testo "*Full Catastrophe living*" 1990 della *Mindfulness*: "Prestare attenzione al momento presente in modo non giudicante". Il significato italiano del termine inglese *Mindfulness*, che corrisponde a consapevolezza, ci fornisce un altro importante elemento di comprensione. L'esperienza consapevole del momento presente è tesa a favorire un atteggiamento di accoglienza e di accettazione non giudicante della propria esperienza per quella che è, "restando con" le proprie sensazioni, pensieri ed emozioni, senza tentare di modificarle o di evitarle e senza venirse travolti.

L'introduzione di momenti, di *flash* di consapevolezza sui propri schemi abituali, alla base anche di comportamenti disfunzionali, è liberatorio. Permette la visione di alternative, mette la persona davanti alla possibilità di scegliere. Si parla di "rispondere" invece che di "reagire" allo stimolo sensoriale, interno o esterno. Inoltre, lo sviluppo di questo modo di rapportarsi alla propria esperienza è collegato all'insorgere di sentimenti di maggiore amorevolezza e gentilezza verso se stessi in alternativa ad atteggiamenti di biasimo, colpevolizzazione e rifiuto.

Nello specifico delle dipendenze l'aumento della capacità di relazionarsi, esplorare sino a giungere a tollerare *triggers* interni ed esterni associati al *craving*, facilita lo sviluppo della capacità di scegliere risposte alternative, diverse dal semplice evitamento o cedimento. Ciò può anche favorire una desensibilizzazione e la riduzione della "salianza" di tali stimoli.

L'accresciuta consapevolezza dei segnali, che partono dall'individuo o che provengono dall'esterno ma che risuonano immanicabilmente nell'individuo a livello del corpo, dei pensieri e delle emozioni, consentono anche un utilizzo più efficace di tutte le strategie di *coping* proposte dalla RPT.

Grande attenzione viene posta alla consapevolezza del corpo ed alla capacità di osservare e quindi familiarizzare con le sensazioni che abitualmente precedono il consumo delle sostanze, così come quelle sensazioni associate alle emozioni "non senti-

te" né riconosciute, fenomeno frequente considerando l'alto tasso di alestitimia in queste popolazioni (Taylor et al., 1990; Uzun et al., 2003; Parker et al., 2005).

L'accresciuta consapevolezza degli stati emotivi facilita la regolazione emozionale rispetto al funzionamento impulsivo e la capacità di tollerare stati emotivi, specie negativi, che svolgono frequentemente il ruolo di *triggers* al *craving*.

Altrettanto importante è il ruolo riservato al rapporto tra sensazioni fisiche, emozioni e pensieri, l'intima correlazione tra una sensazione emotiva e la corrispettiva ideazione. L'emozione viene presentata come "pensiero accompagnato da sensazione fisica". La persona viene guidata a descrivere quel che sta provando distinguendo tra sensazione fisica, pensiero ed emozione. Il materiale prodotto dall'osservazione non viene "interpretato", ma portato alla coscienza. Egli ne diventa consapevole e può utilizzare questo percorso di indagine per altre situazioni, in altri momenti, se solo richiama la presenza, lo stato di *mindfulness*. *Mindfulness* è insieme il metodo e lo scopo.

Osservando i pensieri senza farsi trascinare da essi ma distanziandosene, si mette in atto la "defusione cognitiva", così cara alla *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999). *Parafrasando un'immagine utilizzata spesso in questi contesti, si può dire che l'obiettivo è quello di creare, in mezzo a quel "ciclone" che si scatena con il craving e rischia di travolgere tutto, uno spazio interiore di libertà e di calma paragonabile all'"occhio del ciclone", che consenta di sfuggire alla dicotomia del soccombere o fuggire, restando invece sereni esattamente dove si è.*

L'interesse già coltivato da qualcuno di noi per questo ambito, sia dal punto di vista personale che professionale e che aveva peraltro già portato all'utilizzo dell'ipnosi nei trattamenti, ci ha condotto nell'anno 2012 verso l'organizzazione per il Dipartimento delle Dipendenze della USL 7 di Siena, di un corso sul Protocollo MBSR tenuto dalla dott.ssa Sicilia D'Arista. Successivamente, oltre alla prosecuzione della pratica individuale, anche attraverso la frequentazione del "Centro senese per la riduzione dello stress" ed altre esperienze di meditazione, la formazione è proseguita attraverso alcuni seminari sulla MBRP, tenuti a Milano da Neharika Chawla e a Siena da Doriana Losasso, che applica da anni questo protocollo presso il Ser.T. di Canzio della ASL di Milano.

Il protocollo MBRP in carcere

L'utilizzo della meditazione in carcere, in particolare Vipassana, dalla quale deriva la *Mindfulness*, ha una lunga tradizione ed illustri rappresentanti quali S.N. Goenka in India e lo stesso Alan Marlatt che l'ha utilizzata negli Stati Uniti, così come non mancano esperienze anche in Italia. La nostra ultraventennale esperienza clinica presso la Casa di Reclusione di San Gimignano, rivolta ai detenuti con problematiche alcol-drogacorrelate, ci ha indotti a sperimentare in tale contesto il protocollo MBRP, utilizzando come guida la versione tradotta nel 2013 del manuale originario (Bowen, Chawla e Marlatt, 2013).

La scelta di effettuare un gruppo MBRP in un contesto carcerario nasce dalla constatazione che un ambiente di quel tipo, può garantire sobrietà dall'uso di sostanze e la necessaria continuità per l'apprendimento. Il carcere è del resto un contesto "protetto" che consente una funzione di contenimento mentale in soggetti con vulnerabilità. Il protocollo MBRP richiede costanza e pratica quotidiana e spesso risulta difficile utilizzarlo nei contesti ambulatoriali per le dipendenze, considerando l'instabilità e

le condizioni di vita mutevoli dei tossicodipendenti. (Hinnenthal e Cibin, 2011). Fogel (1993) e Perkins (1998) affermavano:

Si è generalmente d'accordo nel ricondurre il comportamento criminale individuale ad alcune cause primarie quali un'inadeguata capacità di gestire efficacemente situazioni di forte stress, deprivazione e scarsa autostima, insieme alla pressione del gruppo e ai relativi codici di comportamento. Tali fattori possono essere notevolmente potenziati dall'assunzione di droghe e alcool, sostanze capaci di alleviare il disagio emotivo alterando o eliminando i normali livelli di consapevolezza e controllo degli impulsi. In tali circostanze, emozioni intense quali odio, paura, frustrazione, rabbia e bramosia possono rapidamente portare ad agire comportamenti antisociali; la risultante reclusione in istituti di pena aggiunge ulteriore stress, con la possibilità di esacerbare queste condizioni.

Tale situazione profondamente stressante che è dovuta a una serie di fattori, quali: il sovraffollamento, la convivenza forzata, la rabbia alimentata dall'inattività, il rapporto quotidiano e spesso conflittuale con il personale penitenziario, i periodi di attesa del tutto imprevedibili, è quasi sempre vissuta nella totale assenza di consapevolezza delle proprie reazioni (sensazioni, emozioni, pensieri). Si tratta di una condizione comune, ma in quel contesto può risultare molto nociva. Il periodo di detenzione infatti, breve o lungo che sia, può essere vissuto con minore disagio e, soprattutto, vissuto diversamente da una passiva attesa e utilizzato per l'apprendimento di strumenti utili sia in carcere che fuori, anche in prospettiva del reinserimento sociale.

Gruppo MBRP Media Sicurezza 2014-2015

È su tali premesse che nel 2014-2015 abbiamo effettuato un gruppo di prevenzione della ricaduta basato sulla MBRP nella Casa di Reclusione di San Gimignano con detenuti con dipendenza da sostanze e con pena definitiva. Il gruppo si è svolto, come progetto sperimentale, nella sezione di Media Sicurezza, all'interno della struttura non era mai stata condotta prima un'esperienza di *Mindfulness*.

Procedura, strumenti, metodi

I detenuti che hanno partecipato all'esperienza sono stati selezionati su base volontaria, attraverso un colloquio individuale, cercando di comprendere la loro motivazione ad intraprendere il percorso. Durante il colloquio veniva fatto presente che per la partecipazione al gruppo veniva richiesta la disponibilità alla somministrazione di alcuni test psicologici da effettuare prima e dopo l'esperienza gruppale.

Si è trattato di un gruppo chiuso, co-condotto dal Dott. Ameglio e dalla Dott.ssa D'Arista. Il metodo della co-conduzione è specifico dei protocolli *Mindfulness Based*. In questo caso l'intervento è stato concordato in modo da alternare la conduzione dove la Dr.ssa D'Arista ha guidato gli esercizi meditativi, gli stretching, il *feedback* alle esercitazioni e la parte maggiormente legata alla *mindfulness*, mentre il dr. Ameglio ha condotto la riflessione cognitivo-comportamentale e l'inquadramento della *mindfulness* nello specifico di persone con problemi di dipendenza.

Al gruppo hanno partecipato due osservatrici partecipanti, una delle quali ha poi co-condotto il secondo gruppo della presente ricerca. Il ruolo di osservatore/partecipante è definito a priori e

comprende simultaneamente la partecipazione al gruppo alla pari degli altri partecipanti e l'osservazione della propria partecipazione attraverso scambi con i conduttori.

Tutti gli otto incontri, ciascuno della durata di 1,45 ore, sono stati svolti in un'aula adibita alle attività scolastiche: i conduttori e i detenuti erano seduti in maniera circolare per facilitare i processi comunicativi.

Abbiamo colto l'occasione del gruppo per effettuare anche uno studio osservazionale al fine di valutare l'"efficacia sul campo" dell'MBRP, in particolare se lo svolgimento del protocollo avesse indotto un miglioramento nella capacità di regolazione emotiva, dei tratti ansiosi e depressivi dei detenuti. Per misurare questo ci siamo avvalsi di due strumenti valutativi psicologici somministrati prima e dopo il trattamento, la scala *Toronto Alexithimia Scale-20*, TAS-20 (Parker *et al.*, 1993; Bagby *et al.*, 1994 a,b) che ha l'obiettivo di misurare l'alestitimia, cioè un deficit della consapevolezza emotiva che comporta l'incapacità sia di riconoscere sia di descrivere a parole i propri stati emotivi e quelli altrui e il test *Cognitive Behavioural Assessment*-Valutazione degli esiti, CBA-VE (Michielin *et al.*, 2012) per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici.

Caratteristiche del campione

Sono stati coinvolti 8 detenuti tossicodipendenti di cui 4 hanno completato il percorso. Gli altri 4 lo hanno interrotto per motivi di vario genere: due detenuti sono stati trasferiti presso un'altra struttura, un altro ha ottenuto una misura alternativa, l'ultimo detenuto ha espresso, dopo alcuni incontri, le sue difficoltà a garantire una certa costanza e concentrazione per gravi problematiche insorte nella sua famiglia.

Sesso: M

Età compresa tra i 33 e i 48 anni (M = 37; DS = 7)

Anni di scolarità compresi tra i 5 e i 13 anni (M = 8,5; DS = 3)

Tipologia di sostanza: n. 1 eroinomane, n. 2 cocainomani, n. 1 poliassuntore
Anni di detenzione effettuati compresi tra 5 e 10 anni (M = 7; DS = 2)
Anni di astinenza compresi tra 1 anno e 7 anni (M = 3; DS = 3)

Le 8 sessioni del protocollo MBRP

Ogni sessione ha un tema centrale sul quale si sviluppano degli obiettivi e degli esercizi specifici. La struttura di ogni sessione è articolata nel seguente modo: *check-in*, revisione del lavoro effettuato durante la settimana precedente, pratica esperienziale, assegnazione del lavoro da effettuare durante la settimana successiva, chiusura.

Come da protocollo, nei giorni che intercorrevano tra un incontro e l'altro, ai detenuti era stato prescritto sia di effettuare gli esercizi previsti, anche attraverso l'utilizzo del materiale cartaceo consegnato e sia di ascoltare nella loro stanza i Cd contenenti le meditazioni audio-registrate come aiuto per la pratica personale.

Sessione 1 "Pilota automatico e ricaduta"

In questa sessione viene affrontato il tema del "pilota automatico", cioè della tendenza ad agire senza la piena consapevolezza di cosa stiamo facendo. Attraverso la pratica si introduce l'attenzione consapevole e ci si concentra sulle esperienze corporee al momento presente.

Presentazione dei partecipanti. Aspettative e regole del gruppo. Struttura e formato del gruppo. Esercizio dell'uvetta: osservazione a *pop corn*. Introduzione del concetto di pilota automatico e relazione con la "ricaduta. Che cos'è la *Mindfulness*. Esercizio di esplorazione corporea: *Body Scan*.

Sessione 2. "Consapevolezza degli eventi scatenanti e del *craving*"

Ci si focalizza sull'imparare a riconoscere quegli stimoli scatenanti e ad osservare come spesso conducono a sensazioni corporee, pensieri ed emozioni inconsapevoli.

Body Scan. Esercizio della passeggiata in strada. Esercizio del surf dell'impulso e discussione sul *craving*.

Meditazione della montagna.

Sessione 3. "Mindfulness nella vita quotidiana"

Viene presentata la pratica del respiro SOBER come modalità per ritornare al presente e riportare la consapevolezza al corpo, pratica che si può estendere alle situazioni e difficoltà quotidiane.

Consapevolezza dell'udire. Meditazione sul respiro. Spazio SOBER di respiro.

Sessione 4. "Mindfulness nelle situazioni ad alto rischio"

Ci si focalizza sull'essere presenti nelle situazioni o con le persone associate all'uso di sostanze o ad altri comportamenti reattivi per sperimentare gli impulsi senza reagire in modo automatico.

Consapevolezza del vedere. Meditazione seduta: osservazione di suoni, respiro, sensazioni, pensiero. Rischi di ricaduta individuali e comuni. Spazio SOBER di respiro in situazioni difficili.

Sessione 5. "Accettazione e azione efficace"

L'obiettivo è quello di coltivare una diversa relazione nei confronti delle esperienze sfidanti, quali sensazioni, emozioni o situazioni spiacevoli, attraverso l'accettazione consapevole di qualunque esperienza. Lo stesso movimento consapevole può aiutare a praticare consapevolezza e accettazione.

Meditazione seduta: osservare suoni, respiro, sensazioni, pensiero, emozioni. Spazio SOBER di respiro in coppia. Discussione su accettazione e azione efficace. Movimento consapevole.

Sessione 6. "Vedere i pensieri come pensieri"

Si osservano i pensieri che giocano un ruolo nel ciclo di ricaduta e quali sono i modi di lavorare con essi in maniera efficace.

Meditazione seduta: pensieri. Pensieri e ricaduta. Ciclo della ricaduta. Spazio SOBER di respiro. Preparazione alla conclusione del programma.

Sessione 7. "Cura di sé e uno stile di vita equilibrato"

Si cerca di identificare quegli aspetti, quelle attività della vita che ci aiutano a sentirci bene (*nourishing*) e quelli che sentiamo come non soddisfacenti e che ci espongono a maggior rischio (*depleting*).

Meditazione seduta. Amorevole gentilezza. Scheda delle attività quotidiane. Dove inizia la ricaduta? Spazio SOBER di respiro. Scheda promemoria.

Sessione 8. "Supporto sociale e proseguimento della pratica"

Nella sessione finale vengono riviste le abilità e le pratiche apprese e si affronta l'importanza di costruire un sistema di supporto sociale come un modo per ridurre il rischio.

Body Scan. L'importanza delle reti di supporto. Riflessioni sul programma. Propositi per il futuro. Meditazione conclusiva. Cerchio di meditazione conclusiva.

Ogni incontro è cominciato e terminato con un momento di meditazione: quello dell'inizio per promuovere una maggior consapevolezza e presenza all'interno del gruppo mentre quello finale per supportare la pratica quotidiana, invitandoli a concentrarsi su ciò che accadeva nel proprio corpo e intorno a sé affinché restassero con tale consapevolezza.

Outcome clinici

I risultati dei test sono relativi ai quattro detenuti che hanno completato il percorso.

CBA – VE 1 ^a somministrazione		CBA – VE 2 ^a somministrazione		T.A.S. 1 ^a somministrazione	T.A.S. 2 ^a somministrazione
1	A	39	A	17	63 (alessitimia presente)
	B	22	B	30	
	C	27	C	33	
	D	30	D	15	
	O	56	O	16	
2	A	31	A	13	46
	B	26	B	35	
	C	20	C	32	
	D	45	D	13	
	O	37	O	14	
3	A	11	A	8	
	B	32	B	29	
	C	24	C	23	
	D	2	D	4	
	O	3	O	5	
4	A	18	A	1	
	B	19	B	32	
	C	18	C	31	
	D	23	D	2	
	O	27	O	3	

Legenda: A = ansia, B = benessere; C = percezione del cambiamento pos.; D = depressione; O = disagio.
Toronto Alexithimia Scale-20, TAS-20 (Parker et al., 1993; Bagby et al., 1994 a,b)

All'inizio del percorso un soggetto presentava un'alessitimia positiva e dopo il percorso il valore era sceso sotto soglia. Gli altri tre soggetti presentavano un valore alessitimico sotto il cut-off sia al pre che al post trattamento.

Cognitive Behavioural Assessment-Valutazione degli esiti, CBA-VE (Michielin et al., 2012)

Considerata l'esiguità del campione, per valutare i punteggi pre e post trattamento non abbiamo effettuato un'analisi statistica ma abbiamo utilizzato i *range* di riferimento per ogni scala.

Uno dei partecipanti, i cui valori in tutte e quattro le scale erano nella norma prima del trattamento, sono rimasti tali anche dopo il trattamento. I restanti soggetti che avevano ottenuto al pre-trattamento un punteggio positivo per le scale che misurano l'ansia (A), la depressione (D) e il disagio (O), mostrano al post-trattamento valori al di sotto del cut-off.

Per ciò che riguarda la scala del cambiamento positivo (C), che valuta la capacità di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri, un soggetto presenta valori nella norma sia nel pre che nel post trattamento, un altro ottiene al pre-trattamento un punteggio al limite della norma, passando al post-trattamento ad avere un valore nella norma. Un altro soggetto passa dall'aver un disagio (pre-trattamento) a valori nella norma (post-trattamento).

Considerazioni finali

I detenuti che hanno completato il percorso hanno dimostrato interesse per quanto veniva loro proposto e da un confronto con gli stessi si è avuto modo di appurare che hanno appreso la metodologia facendola propria ed applicandola nel contesto delle loro vite in maniera appropriata.

Gli stessi risultati dei test pre e post trattamento segnalano un miglioramento nella capacità di regolazione emotiva, dei tratti ansiosi e depressivi dei detenuti.

L'esperienza effettuata nell'ambiente detentivo ha messo in evidenza alcune criticità, relative al contesto, nel regolare svolgimento del percorso:

- l'orario a nostra disposizione è risultato non sufficiente a svolgere tutto il protocollo previsto, soprattutto è mancato il tempo per approfondire ed elaborare i contenuti emersi e per la condivisione finale sull'esperienza svolta. Dalle due ore iniziali si è passati ad un'ora e quaranta minuti per esigenze organizzative della struttura;
- per motivi di spazio e contesto è stato difficoltoso effettuare la parte relativa al Movimento consapevole ed impossibile quella della Meditazione camminata;
- le esperienze di meditazione sono state talvolta rese difficoltose a causa delle interferenze sonore ambientali;
- è stato inoltre difficile per i partecipanti poter ascoltare i CD audio nella loro stanza per mancanza di lettore, per imbarazzo nei confronti del compagno di stanza, per condizioni logistiche che non permettevano uno spazio adeguato di raccoglimento. Questo ha comportato una scarsa adesione all'impegno di esercitazione infrasettimanale. Ma nonostante ciò il gruppo ha compreso il metodo, adeguandolo alle proprie esigenze, come se nell'isolamento vissuto e nelle condizioni quotidiane di pressione continua ciascuno avesse trovato un modo semplice per ritrovare se stesso ed evolvere. Il metodo maggiormente utilizzato è stata la meditazione, l'osservazione di pensieri ed emozioni, quel che era possibile effettuare anche senza l'utilizzo degli ausili.

Il problema della brevità degli incontri per l'organizzazione interna del carcere è stato tenuto in considerazione nella programmazione del successivo gruppo nel quale abbiamo apportato delle modifiche al protocollo, prevedendo più sedute e sostenendo la pratica infrasettimanale con delle sedute aggiuntive finalizzate a tale scopo.

Gruppo MBRP Alta Sicurezza 2017

Nel 2017, alla luce della precedente esperienza positiva, abbiamo voluto replicare il protocollo MBRP, questa volta in Alta Sicurezza, una sezione della Casa di Reclusione di San Gimignano in cui sono riuniti i condannati per reati di tipo associativo, mafia, traffico di droga, sottoposti ad una sorveglianza più stretta rispetto ai detenuti comuni. Anche questi detenuti erano dipendenti da sostanze e con pena definitiva.

Procedura, strumenti, metodi

I partecipanti a questo gruppo sono stati selezionati su base motivazionale, con le stesse modalità utilizzate per il gruppo precedente.

La conduzione del gruppo è avvenuta, come nella precedente esperienza, attraverso una co-conduzione, nella quale il dott. Ameglio ha svolto le attività meditative mentre la dott.ssa Cincinnati si è occupata della parte relativa alla prevenzione della ricaduta. Poter essere in due a condurre un gruppo MBRP rappresenta un'importante risorsa per osservare le dinamiche di gruppo. Il *setting* è stato simile a quello del primo gruppo (aula scolastica, i partecipanti seduti in maniera circolare). Al gruppo ha partecipato come osservatrice-partecipante la dott.ssa Tanzini che ha curato anche la somministrazione ed elaborazione dei test pre e post protocollo. Ha effettuato inoltre alcuni colloqui di sostegno psicologico nel post trattamento volti ad indagare sia il loro pensiero che il vissuto emotivo rispetto alla tipologia del gruppo.

L'obiettivo del progetto è stato anche quello di valutare se vi fosse un miglioramento clinico di sintomi come ansia e depressione e una differenza statisticamente significativa tra pre e post trattamento rispetto al *craving* e all'area dell'aggressività, considerando il comune coinvolgimento delle aree prefrontali tra *craving* ed aggressività (Wexler, 2001; Kaufman, 2003; Paulus, 2005; Grafman, 1996; Anderson, 1999; Raine, 2000). Inoltre si voleva valutare se l'approccio cognitivo-comportamentale basato sulla prevenzione della risposta avesse prodotto delle modificazioni nelle strategie di *coping* (Marlatt e Donovan, 2005). Al fine di osservare ciò sono stati somministrati i seguenti strumenti valutativi:

- *Buss Durkee Hostility Inventory* – BDHI (Buss e Durkee, 1975).
Lo strumento indaga non solo il tipo di aggressività, ma anche la modalità con cui viene manifestata, secondo l'ottica comportamentista.
- *Cocaina Craving Questionnaire* (Weiss et al., 1997).
Lo strumento misura il *craving* al momento attuale e nelle ultime 24 ore.
- *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS*. (Montgomery e Asberg, 1979).
È adatta per la valutazione di pazienti adulti con sintomatologia depressiva di qualsiasi natura.

- *Self-Rating Anxiety Scale-SAS* (Zung, 1971). È una scala di autovalutazione della sintomatologia ansiosa intesa come l'ansia-stato SAS. Il periodo di riferimento è quello della settimana precedente l'intervista.
- *Brief Cope* (Carver, 1997). La scala si propone di valutare le caratteristiche del *coping* dei soggetti.

Caratteristiche del campione

Il gruppo iniziale, gruppo chiuso, era composto da 13 detenuti di Alta Sicurezza, di cui 8 hanno completato il percorso. Le defezioni sono state dovute a motivi vari: un detenuto è stato momentaneamente trasferito in un altro Istituto, un altro presentava una patologia che non gli permetteva di stare seduto comodamente sulla sedia, un altro è stato declassificato, due sono risultati, nel corso del percorso, meno motivati ad un'esperienza di quel tipo.

Sesso: M

Età compresa tra i 37 e i 50 anni (M = 46; DS = 4,7)

Anni di scolarità compresi tra gli 8 e i 13 anni (M = 9 DS = 2)

Tipologia di sostanza: n. 3 cocaina quotidiana, n. 3 cocaina occasionale, n. 2 eroina quotidiana Anni di astinenza che varia da 1 anno a 14 anni (M = 7; DS = 4)

Anni di detenzione effettuati compresi tra 1 anno e 28 anni (M = 15; DS = 8)

Le 10 sessioni del protocollo MBRP modificato

Per ovviare alle criticità emerse durante la precedente esperienza sono state apportate alcune modifiche al protocollo originario. Ci siamo presi questa libertà, confortati dalle parole riportate nella pagina 27 del suddetto manuale (Bowen, Chawla e Marlatt, 2013) che auspicano la continua evoluzione della MBRP ed incoraggiano la sperimentazione di adattamenti nell'applicazione a "specifiche popolazioni e situazioni".

L'esigenza di trattare un numero minore di tematiche e pratiche in ogni incontro, è stata affrontata trasformando il protocollo da 8 a 10 incontri, che sono stati peraltro realizzati inizialmente a cadenza quindicinale, inframezzati da incontri aggiuntivi di supporto alla pratica, ma che hanno prontamente assunto cadenza settimanale, accompagnati nella stessa settimana da un altro incontro aggiuntivo di supporto alla pratica. Si è cercato in questo modo di intensificare il processo di consapevolezza, che con quella tempistica poteva risultare troppo diluito nel tempo.

Le sessioni aggiuntive, basate sulla Meditazione seduta, il Movimento consapevole e la Meditazione camminata, erano tese ad incentivare e facilitare una pratica consapevole. Tali incontri sono stati condotti, sotto supervisione da Claudio Pupilli, nostro tirocinante che effettuava il Corso di *Mindfulness Counseling* tenuto presso l'Istituto "Lama Tzong Khapa" di Pomaia, al quale si è successivamente aggiunta la sua insegnante di Yoga Annalisa Favalli.

Gli argomenti trattati e le pratiche ed esercizi effettuati durante le sessioni sono i seguenti:

Sessione 1. "Pilota automatico e ricaduta"

Aspettative del gruppo e regole fondamentali della privacy e riservatezza. Organizzazione e struttura del gruppo. Esercizio

dell'uvetta- pilota automatico e ricaduta. Che cos'è la *mindfulness*? Meditazione sul respiro (versione breve).

Sessione 2. "Consapevolezza degli eventi scatenanti e del craving"

Meditazione sul respiro. Esercizio della passeggiata in strada. Esercizio del surf dell'impulso e discussione sul *craving*. Meditazione della montagna.

Sessione 3. "Mindfulness nella vita quotidiana"

Body Scan. Esercizio di consapevolezza dell'ascoltare (meditazione sui suoni). Spazio di respiro SOBER. Meditazione sul respiro.

Sessione 4. "Mindfulness nelle situazioni a rischio (I)"

Rischi di ricaduta individuali e comuni. Spazio di respiro SOBER nelle situazioni difficili. Meditazione sul respiro (30 minuti).

Sessione 5. "Mindfulness nelle situazioni a rischio (II)"

Esercizio di consapevolezza del vedere. Spazio di respiro SOBER a coppie. Utilizzo dello spazio SOBER nelle situazioni difficili. Meditazione seduta: suoni, respiro, sensazioni, pensieri ed emozioni 30'.

Sessione 6. "Vedere i pensieri come pensieri"

Meditazione seduta: i pensieri. Pensieri e ricaduta. Spazio di respiro SOBER focalizzando sui pensieri che emergono. Meditazione del Respiro.

Sessione 7. "Cura di sé e stile di vita equilibrato"

Meditazione seduta: amorevole gentilezza. Il ciclo della ricaduta (*relapse*). Dove inizia la ricaduta. Scheda annotazione attività quotidiane

Sessione 8. "Accettazione e azione efficace"

Meditazione suoni-respiro-sensazioni-pensieri-emozioni. Scheda del ciclo della ricaduta. Spazio di respiro SOBER a occhi aperti. Discussione su accettazione ed azione efficace. *Body Scan*.

Sessione 9. "Riepilogo dei metodi"

Meditazione seduta: amorevole gentilezza. Scheda promemoria. Importanza reti di supporto. Respiro SOBER in situazioni difficili.

Sessione 10. "Supporto sociale e proseguimento della pratica"

Body Scan. Riflessioni sul programma. Condivisione e questionario di valutazione del programma. Propositi per il futuro. Meditazione conclusiva. Cerchio di condivisione conclusiva.

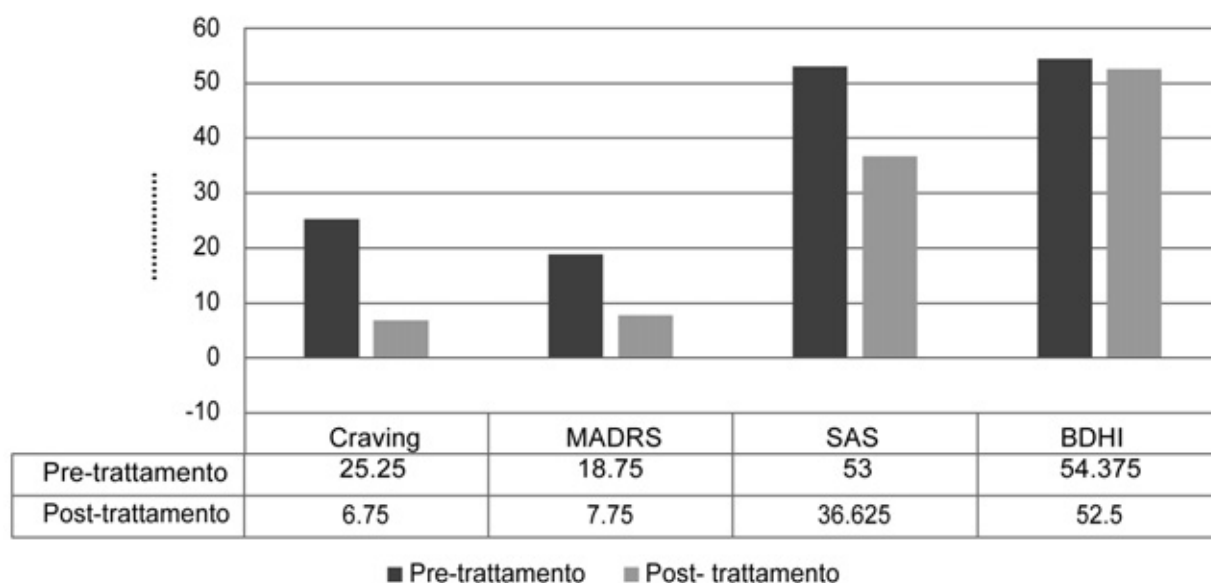
Outcome clinici

Si può affermare che per ciò che riguarda il *craving*, desiderio di assumere la sostanza con riferimento al momento presente e nelle ultime 24 ore, si osserva una riduzione statisticamente significativa ($p < .05$, $t_{1,7} = 6,204$). Se ipotizziamo che il *craving* possa considerarsi un fattore per il rischio di ricaduta, possiamo affermare che l'aspettativa, per i soggetti che ne riportano una riduzione clinica significativa, sia negativa rispetto ad una ricaduta nell'uso delle sostanze.

Una differenza statisticamente significativa si osserva anche rispetto al miglioramento dei sintomi depressivi ($p < .05$, $t_{1,7} = 3,290$) ed ansiosi ($p < .05$, $t_{1,7} = 3,294$), come dimostrano numerosi studi scientifici basati sulla *mindfulness* (Bowen *et al.*, 2006). Non si osservano differenze statisticamente significative per ciò che riguarda il fattore aggressività ($p = .598$, $t_{1,7} = 0,552$). Data l'eterogeneità delle scale che valutano l'aggressività, sia quella attiva che passiva, il risultato potrebbe essere stato falsato. Sarebbe auspicabile correlare il *craving* separatamente sia all'aggressività etreo-diretta, sia intra-diretta.

Per quanto attiene il test *Brief Cope* (Carver, 1997) è stata calcolata la frequenza media nella tipologia di risposta di ogni scala

Outcome clinici



che compone il test. Si sono registrate delle differenze per ciò che riguarda le scale di uso di sostanze, accettazione, pianificazione, autoaccusa.

In particolare per ciò che riguarda la scala "Uso di sostanze" affermano di aver fatto uso di sostanze abbastanza spesso per superare momenti difficili e per sentirsi meglio, mentre al post-trattamento affermano di ritenere che questo comportamento non sia utile al fine di risolvere i problemi.

- Per la scala "Accettazione" al pre-trattamento dicono che poche volte hanno accettato la realtà dei fatti accaduti se questi erano elementi di disturbo, bensì si rifiutavano di farci i conti. Al post-trattamento affermano che sarebbe assolutamente utile imparare a convivere con ciò che non si può cambiare.
- Per la scala "Pianificazione" al pre-trattamento affermano di non aver mai cercato una strategia prima di passare all'azione, mentre al post-trattamento ritengono che sia abbastanza utile pensare prima a quali mosse fare per affrontare una situazione.
- Per la scala "Autoaccusa" riferiscono al pre-trattamento di non avere mai fatto dell'autocritica per situazioni accadute che li coinvolgevano ma se ne sono sempre tirati fuori facendo sì che fossero gli altri a risolverle; al post-trattamento ritengono abbastanza utile poter capire di avere delle eventuali responsabilità negli accadimenti.

Considerazioni finali

L'esperienza con questo secondo gruppo, con le modifiche apportate al protocollo e l'inserimento degli incontri di pratica, che ha permesso di ovviare alle criticità riscontrate nel primo gruppo, è risultata positiva, sia considerando gli *outcome* clinici sia basandoci sul confronto diretto con i partecipanti. Lo scetticismo iniziale, la difficoltà a capire di cosa trattasse il gruppo esattamente, hanno lasciato pian piano il posto ad una progressiva apertura e curiosità verso ciò che stavamo facendo. Nel prosieguo degli incontri si è via via creato un clima di gruppo in cui i partecipanti hanno avvertito di poter parlare delle proprie fragilità relative alla dipendenza.

Siamo certamente consapevoli dell'impossibilità di verificare direttamente possibili episodi di *relapse* in entrambi i gruppi, considerata l'astensione forzata dovuta al contesto; abbiamo potuto però valutare i loro progressi negli atteggiamenti tramite i colloqui individuali che sono stati svolti successivamente agli incontri (come è avvenuto nel primo gruppo). Alcuni hanno riferito di essere stati meno impulsivi, migliorando l'autoregolazione emozionale ed altri hanno anche utilizzato alcuni strumenti *Mindfulness* (Spazio di respiro SOBER, *Body Scan*) nelle situazioni potenzialmente a rischio nella vita quotidiana, meravigliandosi dei risultati raggiunti.

Gruppo "Liberi di scegliere" 2017-2018

Per evitare che il percorso effettuato insieme terminasse con la fine del protocollo e tenuto conto della loro positiva adesione, abbiamo ritenuto utile proseguire l'esperienza grupale con gli stessi detenuti, aprendolo anche ad altri che fossero interessati; al gruppo originario si sono aggiunti altri tre detenuti.

Il nostro obiettivo era quello di lavorare in continuità con il percorso appena concluso, impostando un programma che comprendesse sia tematiche generali di probabile interesse per loro, sia concetti provenienti dalla MBRP, abbinati alla meditazione. Lo stesso nome trovato per il gruppo ha voluto significare l'apertura ad nuova visione di sé, volta ad un processo di cambiamento personale.

L'effettivo svolgimento degli incontri ci ha permesso di seguire lo schema da noi predisposto, con un cronoprogramma che abbiamo comunque reso più interattivo ed aperto ad accogliere tematiche che emergevano direttamente da alcuni di loro.

Per cui, partendo da concetti *Mindfulness* quali ad esempio l'accettazione e la compassione, abbiamo introdotto argomenti come la paternità, la trasgressione, la gestione della rabbia e della frustrazione. I componenti hanno apportato un contributo continuo e vivace, evidenziando il bisogno di dare voce a parole ed emozioni che non trovavano modo di esprimere in altro modo.

Detenuti che durante il colloquio individuale non riuscivano a veicolare informazioni su di sé che non passassero necessariamente da richieste di aiuto rispetto ad istanze di vario genere, all'interno del contesto gruppo sono riusciti a parlare di se stessi in termini personali ed emotivi.

Il dispositivo gruppale ha consentito di contenere e trasformare i vissuti portati dai singoli individui, favorendo una possibilità di cambiamento e di crescita e valorizzando le specificità di ognuno.

Bibliografia

- Ameglio M., Cincinelli B., Severini I. (2014). Trattamento psico-comportamentale del tabagismo: un paradigma per le altre dipendenze. In: Ameglio M., Bosi S. (a cura di). *Reti e Comunità. Dalla Pianificazione Regionale alla Programmazione Aziendale di interventi di prevenzione e cura sul tabagismo e gli altri stili di vita. Guida per Operatori*. Pisa: Pacini Editore.
- Anderson S.W., Bechara A., Damasio H., Tranel D., Damasio A.R. (1999). Impairment of sociale and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2: 1032-1037. doi: 10.1038/14833.
- Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994 a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 29.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addiction Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Milano: Raffaello Cortina .
- Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T., Chawla N., Simpson T., Ostafn B., Larimer M.E., Blume A., Parks G., Marlatt G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20: 343-343.
- Buss A.H., Durkee A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21: 343-349. doi: 10.1037/h0046900.
- Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *Nóσς*, 2: 107-116.
- Carver C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4: 92. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Daley D.C., Marlatt G. A. (2006). *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem. Effective Recovery Strategies*. New York: Oxford University Press.
- Fogel C.I. (1993). Hard time: The stressful nature of incarceration for women. *Issues in Mental Health Nursing*, 14: 367-377. doi: 10.3109/01612849309006900.
- Grafman J., Schwab K., Warden D., Pridgen A., Brown H.R., Salazar A.M. (1996). Frontal lobe injuries, violence, and aggression. A report of the Vietnam head injury study. *Neurology*, 46: 1231-1238. doi: 10.1212/WNL.46.5.1231.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hinnenthal I.M., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo*. Torino: SEEd.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.
- Kaufman J.N., Ross T.J., Stein E.A., Garavan H. (2003). Cingulate hypoactivity in cocaine users during a GO-NO-GO task as revealed by event-related functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, 23: 7839-7843.
- Marlatt G.A., Donovan D.M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt G.A., Parks G., Witkiewitz K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Washington, DC: University of Washington.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. (2012). *Manuale d'uso del CBA-VE*. Università degli Studi di Padova, — testo disponibile al sito: http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/manuale_CBAVE.pdf.
- Miller W.R., Rollnick S. (1994). *Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson.
- Montgomery S.A., Asberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134: 382. doi: 10.1192/bjpp.134.4.382.
- Parker J.D.A., Bagby R.M., Taylor G.J., Endler N.S., Schmitz P. (1993). Factorial validity of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7: 221. doi: 10.1002/per.2410070403.
- Parker J.D.A., Wood L.M., Bond B.J., Shaughnessy P. (2005). Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 51-55. doi: 10.1159/000082027.
- Paulus M.P., Tapert S.F., Schuckit M.A. (2005). Neural activation patterns of methamphetamine-dependent subjects during decision making predict relapse. *Archives of General Psychiatry*, 62: 761-768. doi: 10.1001/archpsyc.62.7.761.
- Perkins R. (1998). The efficacy of mindfulness-based techniques in the reduction of stress in a sample of incarcerated women. Thesis (Ph.D.). Florida State University.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.). *Treating addictive behaviours Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Raine A., Lencz T., Bihrlé S., Lacasse L., Colletti P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced automatic activity in Antisocial Personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57: 119-127.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness based cognitive behavioral therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Taylor G. J., Parker J.D., Bagby R.M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147: 1228-1230. doi: 10.1176/ajp.147.9.1228.
- Uzun O., Ates A., Cansever A., Ozsahin A. (2003). Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry*, 44: 349-352. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00009-9.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Cathryn Hufford B.A., Muenz L.R., Najavits L.M., Jansson S.B., Kogan J., Thompson H.J. (1997). Early Prediction of Initiation of Abstinence From Cocaine. Use of a Craving Questionnaire. *American Journal of Addictions*, 6: 224- 231. doi: 10.1111/j.1521-0391.1997.tb00401.x.
- Wexler B.E., Gottschalk C.H., Fulbright R.K., Prohovnik I., Lacadie C.M., Rounsaville B.J., Gore J.C. (2001). Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *American Journal of psychiatry*, 158: 86-95. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.86.
- Witkiewitz K., Marlatt G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59: 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.
- Zung W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12: 371. doi: 10.1016/S0033-3182(71)714790.

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

Drug Abuse (DA), Dipendenza patologica e Adozione. Quando l'Amore non basta

Anna Paola Lacatena*

SUMMARY

■ *This study tries to provide some answers, or at least draw some attention, to the issue of addiction services' patients who are increasingly reporting adoptive experiences. Several studies have highlighted the role which traumatic life experiences play during the onset of at-risk behaviour, often the first stage of drug abuse and pathological addiction. In this regard it would be appropriate to create spaces to reflect, proposing suggestions and experimenting relational modalities within the group and couple dynamics, with the aim of turning hardships and pain into protective and constructive experiences.* ■

Keywords: *Adoption, Pathological addiction, Family, Trauma, Listening.*

Parole chiave: *Adozione, Dipendenze patologiche, Famiglia, Trauma, Ascolto.*

Introduzione

L'adozione rappresenta l'incontro tra due mondi, tra contesti differenti, tra istanze evolutive diverse la cui complementarietà è tutta da costruire. Due vicende di perdita, quella del bambino privo di affetto e quella di due adulti alla ricerca della genitorialità, nonché il desiderio di ricevere/dare il dono dell'accoglienza e dell'accudimento, sono la traccia e la sfida di una realtà che non necessariamente potrà evolvere con facilità.

È diffusa tra gli operatori dei servizi socio-sanitari la percezione che l'adozione resti un'esperienza straordinaria con una forte aspettativa riparativa e compensativa, evidentemente declinata in maniera differente dall'adottante e dall'adottato. Tutto ciò che accade, però, non dovrebbe essere letto esclusivamente facendo riferimento alle dinamiche che si verificano all'interno del nucleo familiare. Nella lettura di possibili difficoltà dovrebbero trovare posto infatti le vicende pregresse dei figli adottati e le storie infantili dei genitori adottanti. La legge prevede ad oggi un accompagnamento specialistico predisposto per i candidati all'adozione, in alcuni casi vissuto come troppo invasivo ma comunque parziale e circoscritto alle fasi precedenti e, al più, immediatamente successive all'adozione.

Sarebbe invece il caso di chiedersi cosa accade quando, passati gli anni, l'ex bambino adottivo si ritrova adolescente. Il processo di individuazione/differenziazione è generalmente più complesso per gli adolescenti adottati, ricordando quale sforzo di adattamento sia richiesto al genitore che affronta il tempo del-

l'insicurezza e della paura del figlio. A tal riguardo, andrebbe sondata con attenzione la presunta inattaccabilità dell'amore incondizionato, soprattutto per ciò che riguarda la figura materna, presentando l'affetto un aspetto di reciprocità la cui espressione varia in relazione a quanto e come venga corrisposto anche dai figli (Adinolfi *et al.*, 2017).

Il Dipartimento della Giustizia Minorile ha comunicato i dati relativi alle adozioni per l'anno 2015: le sentenze di adozione nazionale sono state 1.057 a cui si aggiungono 938 affidamenti preadottivi. I minori dichiarati adottabili con genitori ignoti (quindi in prevalenza neonati per cui la madre ha scelto il parto in anonimato) sono stati 257 e 1.088 le dichiarazioni di adottabilità di minori con genitori noti, quindi tolti ai genitori che erano incapaci di prendersene cura. Quanto alle adozioni internazionali, nel 2015 sono ammontate a 1.741, più 81 affidamenti preadottivi. Sono invece 174 i riconoscimenti di adozioni pronunciate da paesi stranieri per italiani residenti all'estero. Le domande di disponibilità all'adozione nazionale e internazionale pervenute nel 2015 sono state 9.007, di cui 3.668 per minori stranieri. I decreti di idoneità all'adozione di minori stranieri 2.929.

Le disponibilità all'adozione nazionale appaiono in sostanziale calo.

Rispetto al 2006, anno del massimo storico (16.538 le coppie disponibili ad adottare un minore con l'adozione nazionale), si assiste ad un significativo -45%. Sostanzialmente stabili invece le domande di adozione di minori italiani in casi particolari (art. 44 L. 184/83). Nel 2015, nel delicato compito di incrociare i bisogni dei bambini e le disponibilità delle famiglie sono stati adottati 1.057 minori, più 621 ex articolo 44.

Ovviamente per ogni annualità le dichiarazioni di adottabilità e adozioni non sono sovrapponibili. Da ciò deriva, sempre facen-

* *Dirigente, Sociologa, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Taranto.*

do riferimento al 2015 (1.345 minori adottabili e 1.057 adottati), che circa 300 minori ogni anno non trovano una famiglia disponibile ad accoglierli. Lo stesso calo drastico della disponibilità all'adozione appare presente nelle adozioni internazionali. Dalle 8.274 domande di disponibilità e idoneità all'adozione di minori stranieri presentate nel 2004 si è scesi nel 2015 a 3.668: significa -55%. I decreti di idoneità all'adozione internazionale effettivamente rilasciati sono passati dai 6.441 del 2006 ai 2.929 del 2015, con un calo del 54%.

Nel tempo e con il diffondersi del fenomeno dell'adozione, soprattutto nei primi anni del 2000, sono aumentate anche le situazioni di crisi che hanno richiesto l'intervento di operatori esperti e istituzioni competenti mirato a ripristinare, dove possibile, equilibri resi precari dalla molteplicità dei fattori in gioco. E troppo spesso, purtroppo, si è assistito al tratteggiarsi delle cosiddette "restituzioni" come unica soluzione percorribile, almeno nella percezione degli adottanti.

La presente riflessione intende approfondire il momento in cui l'adottato giunge nell'età adolescenziale, partendo da un numero crescente di pazienti afferenti ai Dipartimenti dipendenze patologiche provenienti dall'esperienza dell'adozione, soprattutto di tipo internazionale.

Se l'uso problematico di sostanze legali ed illegali e i comportamenti a rischio, senza necessariamente il rischio a sostanze psicotrope, è considerato un fenomeno dall'eziopatogenesi multifattoriale, sarebbe il caso di chiedersi quanto le relazioni affettive e di attaccamento con i genitori d'origine e con quelli adottanti possono segnare tali esperienze.

Può il genitore naturale, se pur non più presente nella vita del figlio, rappresentare un elemento predittivo rispetto all'utilizzo di sostanze?

Può il genitore adottante, pur presente ed accudente, non garantire quei processi utili alla formazione di una personalità equilibrata?

Perché cresce nei Servizi (pubblici e del Privato sociale) che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano (direttamente o attraverso i genitori adottivi) l'esperienza dell'adozione?

Senza pretese di esaustività, nel solco degli studi sociologici orientati alla discussione più che alla ricerca di verità assolute, questo lavoro intende fornire elementi di riflessione.

1. Fasi dell'adozione

I requisiti per l'adozione sono gli stessi sia che si tratti di adozione internazionale o nazionale. Li stabilisce l'articolo 6 della legge 184/83 (come modificata dalla legge 149/2001) che disciplina l'adozione e l'affidamento. *"L'adozione è permessa ai coniugi uniti in matrimonio da almeno tre anni, o che raggiungano tale periodo sommando alla durata del matrimonio il periodo di convivenza prematrimoniale, e tra i quali non sussista separazione personale neppure di fatto e che siano idonei ad educare, istruire ed in grado di mantenere i minori che intendano adottare"*.

La stessa normativa fissa che tra il bambino adottato e i coniugi deve esserci una differenza minima di età di 18 anni e massima di 45 anni (ma sulla massima sono previste eccezioni). I limiti di età introdotti dalla legge hanno lo scopo di garantire all'adottato genitori idonei ad allevarlo e seguirlo fino all'età adulta, in una condizione analoga a quella di una genitorialità naturale. Verificata la presenza dei requisiti, l'iter adottivo previsto dalla nostra attuale legislazione si articola nelle seguenti fasi:

• Domanda di adozione

È una domanda in carta semplice, che vale 3 anni ed è rinnovabile, da presentare al Tribunale, che deve includere vari documenti: 730 o busta paga, certificato del casellario giudiziale, certificato del medico di base e anche assenso scritto dei nonni (nel caso di loro decesso, certificato di morte)

• Accertamento della capacità di coppia

È una tappa fondamentale, a volte, come si è accennato, psicologicamente stressante per la coppia che si sente 'sotto esame'. Entro quattro mesi dall'avvio della domanda, il Tribunale dispone attraverso i servizi sociali del comune di residenza una serie di approfonditi accertamenti: s'indagano le motivazioni della domanda, la situazione e le dinamiche famigliari. Al termine del periodo di accertamento, una relazione sarà affidata al Tribunale per il giudizio circa l'idoneità della coppia ad adottare.

• Affidamento pre-adottivo

Se l'indagine ha esito positivo, il Tribunale, tramite ordinanza del giudice, può dar via all'affidamento preadottivo della durata di un anno scegliendo per la domanda di adozione il minore considerato più idoneo.

• Dichiarazione d'adozione

Dopo il primo anno, se esistono tutte le condizioni previste dalla legge (se i minori hanno più di 14 anni va considerato anche il loro giudizio) il minore è definitivamente adottato. Il bambino finalmente è figlio legittimo della coppia, adotta il cognome della famiglia adottiva e non ha più rapporti giuridici con la famiglia d'origine.

2. L'adozione internazionale

L'adozione internazionale è l'adozione di un bambino straniero fatta nel suo paese, davanti alle autorità e alle leggi che vi operano. Nel caso dell'adozione di un bambino straniero la normativa si fa più complessa, offrendo una sicurezza sullo stato di abbandono del bambino, una più approfondita preparazione ed un migliore sostegno alle coppie che hanno deciso di intraprendere questo percorso. La tendenza all'aumento delle adozioni internazionali, e non solo per l'Italia, è stata costante e spiegabile anche in ragione del miglioramento delle condizioni socio-economiche del nostro Paese. Contestualmente il calo delle nascite ha fatto aumentare le richieste di adozione. Queste si sono indirizzate così verso l'unica strada possibile, quella internazionale. La Convenzione de L'Aja del 29 maggio 1993 sulla tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale è il principale strumento normativo a cui l'Italia ha aderito con la legge 31 dicembre 1998 n. 476, le cui norme hanno modificato la legge 4 maggio 1983 n. 184, regolando ad oggi la procedura di adozione internazionale.

2.1. Fasi dell'adozione internazionale

Queste le tappe dell'iter adottivo previste dalla nostra attuale legislazione:

• La dichiarazione di disponibilità

Entro 15 giorni dalla presentazione della dichiarazione, il Tribunale per i minorenni competente per il territorio di residenza, deve trasmettere la domanda ai servizi socio-territoriali competenti. Nel caso di cittadini italiani residenti all'estero, il tribunale

competente al quale ci si deve rivolgere per inoltrare la domanda, è quello dell'ultimo domicilio dei coniugi e, in mancanza di precedente domicilio, il Tribunale per i minorenni di Roma.

Una volta individuato il Tribunale, occorrerà rivolgersi all'ufficio di cancelleria civile per presentare la "dichiarazione di disponibilità" all'adozione internazionale. Gli aspiranti all'adozione infatti non vantano un diritto ad ottenere un bambino ma possono solo esprimere la loro disponibilità ad adottarne uno. Infatti l'istituto dell'adozione ha per fine di soddisfare il diritto di ogni bambino ad avere una famiglia, e di dare la possibilità di averne una ad un bambino che ne è privo. E non viceversa.

Oltre alla dichiarazione vanno allegati i seguenti documenti in carta semplice, salvo differenti disposizioni del Tribunale:

- certificato di nascita dei richiedenti;
- stato di famiglia;
- dichiarazione di assenso all'adozione da parte dei genitori degli adottanti, resa nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto notorio davanti al segretario; oppure, qualora fosse deceduti, certificato di morte dei genitori dei richiedenti;
- certificato rilasciato dal medico curante;
- certificati economici: mod. 101 o mod. 740 oppure busta paga;
- certificato del Casellario giudiziale dei richiedenti;
- atto notorio oppure dichiarazione sostitutiva con l'attestazione che tra i coniugi adottanti non sussiste separazione personale neppure di fatto.

Gli aspiranti genitori adottivi devono in primo luogo rispondere ai requisiti previsti dall'art.6 della legge n.184/1983 e pertanto possono presentare la dichiarazione di disponibilità:

- le coppie coniugate;
- sposate al momento della dichiarazione di disponibilità (è computabile la precedente convivenza more uxorio per almeno tre anni se documentata);
- non aventi in corso o di fatto alcuna separazione;
- con una differenza massima entrambi di 45 anni (e minima di 18) con il figlio da adottare;
- in possesso delle capacità di educare, istruire e mantenere il figlio adottivo (requisiti che saranno oggetto dell'indagine dei Servizi territoriali, dopo il primo controllo da parte del Tribunale).

Se il Tribunale per i minorenni ravvisa la manifesta carenza dei requisiti sopra descritti pronuncia immediatamente un decreto di inidoneità. Qualora invece non vi sia stato niente da rilevare, entro 15 giorni dalla presentazione della dichiarazione di disponibilità, il giudice minorile trasmette la documentazione relativa alla coppia aspirante, ai servizi degli Enti locali.

• **L'indagine dei servizi territoriali**

I servizi degli Enti locali hanno il ruolo importante di conoscere la coppia e di valutarne le potenzialità genitoriali, raccogliendo informazioni sulla loro storia personale, familiare e sociale. Evidentemente tutto ciò dovrebbe procedere senza toni inquisitori o eccessivamente "invasivi". Il lavoro dei servizi è volto alla stesura di una relazione, entro 4 mesi dall'invio della documentazione, da inviare al Tribunale per i minorenni territorialmente competente, che fornirà al giudice gli elementi di valutazione sulla richiesta della coppia. In questa fase è anche compito dei servizi informare in modo corretto e completo gli aspiranti genitori adottivi sulle condizioni di vita dei bambini nei paesi di loro provenienza e sugli stili di vita a cui sono abituati.

• **Il decreto di idoneità**

Ricevuta la relazione da parte dei Servizi in merito alla quale il tribunale può chiedere ulteriori ed eventuali approfondimenti, lo

stesso (entro i due mesi) convoca i coniugi. A questo punto il giudice decide per il rilascio del decreto di idoneità o in alternativa di quello attestante l'insussistenza dei requisiti all'adozione. Una volta rilasciato, il decreto viene inviato alla Commissione per le adozioni internazionali e all'ente autorizzato, se è già stato scelto dai coniugi.

• **Avvio della ricerca**

La coppia in possesso del decreto di idoneità, deve iniziare entro 1 anno dal suo rilascio la procedura di adozione internazionale, rivolgendosi ad uno degli enti autorizzati (obbligatorio) dalla Commissione per le adozioni internazionali che seguiranno i coniugi e l'iter burocratico necessario.

• **Viaggio all'estero e ritorno in Italia**

L'ente, avviate le procedure, una volta ricevuta dall'autorità straniera la proposta di incontro con il bambino da adottare, ne informa gli aspiranti genitori adottivi e, ricevuto il consenso dagli stessi, li accompagna e supporta, svolgendo tutte le pratiche necessarie. Se gli incontri coppia/bambino si concludono con parere positivo anche da parte delle autorità del paese straniero, l'ente trasmette gli atti e le relazioni sull'abbinamento adottando-adottanti alla Commissione per le adozioni internazionali in Italia, attestando la sussistenza dei requisiti previsti dalla Convenzione de L'Aja (articolo 4).

In caso di esito negativo degli incontri, l'ente ne informa la Commissione italiana, relazionando anche sui motivi che orienteranno eventuali, possibili abbinamenti successivi. Può accadere inoltre che sia l'ente a non accogliere una determinata proposta di adozione fatta dall'Autorità centrale straniera. In questo caso gli aspiranti genitori adottivi possono ricorrere in Italia alla Commissione per le adozioni internazionali che può, non confermando il diniego dell'ente, sostituirsi allo stesso, oppure affidare ad un altro ente l'incarico di condurre a termine la procedura.

L'ente autorizzato deve trasmettere tutta la documentazione riferita al bambino, insieme al provvedimento del giudice straniero, alla Commissione per le adozioni internazionali in Italia, che ne cura la conservazione. Una volta ricevuta dall'ente autorizzato la documentazione sull'incontro avvenuto all'estero e sul consenso espresso dai coniugi, la Commissione per le adozioni internazionali autorizza l'ingresso e la permanenza del minore adottato in Italia, dopo aver certificato la conformità al normato dalla Convenzione de L'Aja.

• **Trascrizione**

La procedura si conclude con l'ordine, da parte del Tribunale per i minorenni, di trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile. Competente di questa trascrizione è il Tribunale per i minorenni del luogo di residenza dei genitori nel momento del loro ingresso in Italia con il minore (anche se diverso da quello che ha pronunciato prima il decreto di idoneità). Con la trascrizione il minore diventa definitivamente un cittadino italiano e un membro a tutti gli effetti della nuova famiglia "multi-etnica" che è appena nata.

3. Adottati e Drug Abuse (DA) tra genetica e ambiente

Sul Clinical Child Psychology and Psychiatry del 15 Maggio 2013 è comparso un articolo dal titolo "Children of treated substance-abusing mothers: A 10-year prospective study" degli studiosi Y-I. Hser, E. Evans, L. Li, A. Metchik-Gaddis e N. Messina, i quali hanno preso in considerazione le madri soggette al California

Treatment Outcome Project (CalTOP), ossia il grande progetto integrato di analisi di 44 trattamenti di disintossicazione e riabilitazione realizzato in 13 contee californiane dal 2000 al 2002. All'interno del campione valutato nel CalTOP vi erano circa 4500 donne che stavano vivendo la genitorialità durante il trattamento, perché incinte o con figli minori di 18 anni. Lo studio si è orientato su un campione di circa 700 madri, focalizzando l'attenzione sulle 396 di loro che al momento dell'indagine avevano figli a carico e che si erano dichiarate disponibili a darne una valutazione in merito a comportamenti relazionali ed eventuale utilizzo di sostanze d'abuso. Oggetto centrale dello studio sono infatti i fattori di rischio, ovvero quelle condizioni sistemiche o personali che predispongono verso un determinato fenomeno. In questo caso il fenomeno è rappresentato sia dall'abuso di droghe sia dal comportamento "povero" (poor behaviour), praticamente una commistione di azioni inappropriate, aggressive, e/o pericolose.

All'interno del CalTOP, le madri sono state sottoposte a periodiche interviste di valutazione (Addiction Severity Index), dalle quali si evince che la sostanza d'abuso primaria è la metamfetamina (44%) e l'età di prima sperimentazione 17 anni. I responsabili della ricerca hanno anche sottoposto alle madri (396) alcune domande valutative sui loro figli, riferite al Child Behaviour Checklist. Riprendendo gli esiti di precedenti indagini presenti in letteratura, Hser e i suoi collaboratori hanno inteso verificare la correlazione diretta tra la gravità della condizione di dipendenza da alcol o droghe della madre e l'aumento della probabilità di poor behaviour dei figli.

I risultati finali hanno di fatto smentito l'ipotesi di partenza. La gravità della condizione di consumo di stupefacenti da parte della madre non rappresenta in alcun modo un fattore predittivo del comportamento problematico dei figli. Inoltre la correlazione tra fattori di rischio e risultato – negativo – atteso (ovvero comportamento problematico dei figli) presenta dinamiche molto differenti quando la si osserva in relazione all'etnia delle madri.

Hser e i suoi collaboratori ipotizzano in tal senso che ciò derivi da questioni socio-culturali, ossia dalle indubbie differenti forme di socializzazione familiare e sociale che, spesso, sembrano rappresentare fattori protettivi per alcune fasce di popolazione (vedi asiatici) rispetto ai caucasici.

Gli autori hanno naturalmente posto l'accento sui possibili limiti di questo studio. L'approccio metodologico (interviste strutturate) e la presenza all'interno del campione di donne con problematiche psichiatriche rende problematica la possibilità di una generalizzazione, sebbene nulla va tolto all'interesse e alle riflessioni che le conclusioni suggeriscono in merito alla questione dei fattori di rischio.

Altresì lo studio condotto in Svezia da Kendler e dai suoi collaboratori, "Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse. A National Swedish Adoption Study" (2012) cerca di chiarire come genetica e fattori ambientali contribuiscano al rischio di sviluppare una Drug Abuse (DA). Per Kendler e i suoi collaboratori le ricerche precedenti rimarcano come l'abuso di droga (DA) sia fortemente influenzata sia da aspetti genetici che da fattori familiari. Nessun studio su larga scala, però, sembra aver tentato di verificare e integrare questi risultati. La ricerca presenta numeri significativi: 18.115 bambini adottati nati tra il 1950 e il 1993; 78.079 genitori biologici e fratelli; e 51.208 genitori adottivi e fratelli non consanguinei con materiale ripreso da studi legali, medici e farmacie. Dai risultati emerge che:

Risk for DA was significantly elevated in the adopted offspring of biological parents with DA (odds ratio, 2.09; 95% CI, 1.66-2.62), in biological full and half siblings of adopted children with DA (odds ratio, 1.84; 95% CI, 1.28-2.64; and odds ratio, 1.41; 95% CI, 1.19-1.67, respectively), and in adoptive siblings of adopted children with DA (odds ratio, 1.95; 95% CI, 1.43-2.65). A genetic risk index (including biological parental or sibling history of DA, criminal activity, and psychiatric or alcohol problems) and an environmental risk index (including adoptive parental history of divorce, death, criminal activity, and alcohol problems, as well as an adoptive sibling history of DA and psychiatric or alcohol problems) both strongly predicted the risk for DA. Including both indices along with sex and age at adoption in a predictive model revealed a significant positive interaction between the genetic and environmental risk indices.

Il rischio di DA, dunque, è significativamente più elevato nell'adozione lì dove i genitori adottanti presentano comportamenti in grado di rappresentare fattori di rischio (conflittualità, criminalità, uso di sostanze, separazioni, violenza domestica, ecc.). L'abuso di droghe è una sindrome, dunque, la cui eziopatogenesi è complessa e fortemente influenzata da una serie diversificata di rischi (genetico-ambientali). Effetti ambientali avversi nel caso di DA nell'adottato sono per Kendler più patogeni negli individui con alti livelli di genetica rischio. Anche in questo caso, come nello studio Hser, è difficile raggiungere certezze definitive. La ricerca svedese va interpretata, infatti, nel contesto delle limitazioni della diagnosi di DA derivante da documenti e registri. Ciò che appare aprire alla riflessione è che gli aspetti ambientali e relazionali tra adottato e adottante sembrano più dirimenti rispetto al peso genetico di quest'ultimo.

Nello studio "Differential parental investment in families with both adopted and genetic children" di Kyle Gibson del 2008, su 363 genitori adottivi, sembra emergere un aspetto piuttosto interessante: gli adottati sono abusati, trascurati e assassinati a tassi più alti di quelli che vivono con i genitori biologici.

Daly e Wilson utilizzano la teoria della selezione dei genitori per spiegare questa constatazione ed etichettare il fenomeno in termini di *sollecitudine parentale discriminativa*. Guardando più agli investimenti positivi dei genitori, Gibson sostiene che questi ultimi tendono a mostrare maggiore attenzione nei confronti dei figli adottivi, ritenendoli più bisognosi di attenzione rispetto a quelli naturali.

Allo stesso tempo, gli esiti relativi ai figli adottati sono maggiormente negativi in termini di anni di scolarizzazione, probabilità di divorzio, arresti, di richiesta di aiuto pubblico, di trattamenti per problemi di droga, alcool e salute mentale Case (Lin & McLanahan, 2000; Miller, Fan, Christensen, Grotevant & van Dulmen, 2000), di disturbi dell'alimentazione, di deficit dell'attenzione, di difficoltà di apprendimento (Brand & Brinich, 1999; Dickson, Heffron & Parker, 1990; Holden, 1991; Rogeness, Hoppe, Marcedo, Fischer & Harris, 1988; Silver, 1989).

Nelle sue conclusioni Gibson utilizza una metafora particolare, ossia "the squeaky wheel gets the grease" ("La ruota che fa rumore ottiene il grasso") adombrando che la *sollecitudine parentale discriminativa* è diversa nella relazione genitore-figlio se quest'ultimo è adottato o naturale. In estrema sintesi i genitori adottivi forzano l'investimento affettivo con esiti non positivi, aprendo all'ipotesi che lo sforzo sia più di tipo materiale che relazionale ed affettivo. Ci sarebbe da chiedersi quanto le cure, l'accudimento, l'investimento del genitore adottivo possono in più o in meno rispetto ad una minore attenzione da parte, però, del genitore naturale.

Quanto per un figlio naturale rispetto ad un figlio adottivo può essere traumatica la disfunzionalità del nucleo familiare in cui vive?

Si considerino le vicende traumatiche che possono aver portato un bambino all'adottabilità – e di cui lo stesso potrebbe avere memoria più o meno consapevole (bisognerebbe considerare l'età di adozione) – e sia data per ammissibile una familiarità genetica con l'AD da cui, spesso, l'adottabilità del piccolo: non si può non considerare come fattore di rischio la qualità della relazione adottato-adottante in termini di investimento affettivo (spesso eccessivo e non necessariamente utile ad un sano processo di attaccamento) e materiale (spesso eccessivo e incapace, soprattutto nelle adozioni internazionali di considerare aspetti socio-antropologici e ambientali del Paese di provenienza, dando per scontato che tutto possa l'opulenza occidentale).

4. Le figure genitoriali tra centralità e periferia

Nel solco della ricerca sulla relazione tra il bambino e la madre, inquadrandone lo sfondo socio-culturale, René Arpad Spitz (1887-1974) fu tra i primi studiosi ad applicare allo studio della prima infanzia i metodi dell'osservazione indiretta e della ricerca sul campo, arrivando a filmare le madri nelle normali attività di accudimento dei propri figli. Da queste ricerche, lo studioso austriaco giunse alla conclusione che la relazione tra la madre e il bambino è fondamentalmente una relazione ambiente-individuo, dove il modo in cui la madre imposta la sua relazione col bambino dipende anche da fattori sociali e culturali.

Raramente ci si rende conto della grande importanza della madre nei processi di apprendimento e di presa di coscienza del bambino. Ancor più raramente ci si rende conto dell'importanza primordiale che in questo processo hanno i sentimenti della madre, cioè quello che noi chiamiamo atteggiamento affettivo. La tenerezza della madre le permette di offrire al bambino una ricca gamma di esperienze vitali; il suo atteggiamento affettivo determina la qualità delle esperienze stesse. Ognuno di noi percepisce affettivamente e reagisce alle manifestazioni affettive. Questo vale ancor più per il bambino, il quale percepisce affettivamente in modo assai più pronunciato dell'adulto. Nei primi tre mesi le esperienze del bambino sono esclusivamente di ordine affettivo; il sensorio, la capacità di discriminazione, l'apparato percettivo non sono ancora sviluppati dal punto di vista psicologico e forse neppure dal punto di vista fisico. Quindi è l'atteggiamento affettivo della madre che serve di orientamento per il lattante. [...]

Si può obiettare che la madre non è l'unico essere umano che attornia il bambino, che esistono anche il padre, i fratelli, le sorelle i quali logicamente hanno la loro importanza. Inoltre anche l'ambiente culturale ha il suo valore, anche nel primo anno. Questo è un dato innegabile; tuttavia nella nostra civiltà occidentale tutti questi influssi raggiungono il bambino tramite la madre o il suo sostituto. [...]

Nel rapporto madre-bambino, la madre rappresenta il fattore ambientale o, se si preferisce, si può dire che la madre rappresenta l'ambiente. Contrapposto a questo fattore sta il corredo congenito del bambino [...]. I due fattori interagenti sono quindi la madre, con la sua individualità già formata, ed il bambino con una individualità in via di formazione. I due elementi madre e bambino non vivono in vacuum, ma in un ambiente economico-sociale, nel quale i membri della famiglia sono i fattori determinanti primari, mentre il gruppo, la cultura, la nazione, l'epoca storica e la tradizione sono fattori a più ampio raggio (Spitz, 1972, pp. 29-31 *passim*).

Tra il 1945 e il 1946 Spitz mise a confronto due gruppi di bambini istituzionalizzati. Il primo era costituito da 220 figli di donne detenute in un carcere femminile, che avevano la possibilità di dedicarsi personalmente ai loro piccoli in un asilo nido annesso alla struttura. Il secondo comprendeva 91 bambini abbandonati e ricoverati in un brefotrofio. Spitz notò che non

c'erano differenze rispetto all'adeguatezza della nutrizione e della cura, sebbene nel secondo gruppo, nonostante la presenza di operatrici, gli infanti presentavano un quadro clinico preoccupante. Dai problemi di crescita ad evidenti ritardi nello sviluppo cognitivo, sino ad un marcato abbassamento delle difese immunitarie, le loro condizioni non erano buone, registrando che il 37,3% di essi morì entro il secondo anno di vita.

Nel tentativo di spiegare queste differenze, lo studioso concluse che il bambino non ha bisogno solo di cure materiali, ma anche e soprattutto di stabilire con la madre o con la persona accudente un forte legame affettivo. I sorrisi, le carezze, il tono della voce, il contatto fisico col corpo di lei stimolano nel piccolo una reazione indispensabile ad un corretto sviluppo.

Per Spitz, attribuendo il tutto al simbolismo della relazione, il sé già formato della madre permette la creazione e la formazione del sé del figlio, attraverso una continua interazione fatta di emozioni e complicità trasmesse attraverso le parole e i gesti con cui la madre comunica il proprio affetto al figlio. Se invece questo "mondo simbolico" è carente o del tutto assente, il bambino percepisce un senso di smarrimento o di abbandono (Spitz, 2000). Il bambino non è un oggetto da curare o peggio il destinatario di attenzioni meramente materiali. Spitz ha definito "ospedalismo" (o "ospitalismo", dall'originale termine inglese "hospitalism" utilizzato prima che da Spitz dal pediatra Floyd Crandall nel 1987) questo disturbo quando si presenta nei bambini che non hanno mai avuto alcun rapporto con le madri o con una figura equivalente, o lo hanno avuto solo per pochi giorni o settimane.

Con il termine "depressione anaclitica" (dal greco anaklino, ossia appoggiarsi, sostenersi a qualcuno o qualcosa) lo studioso indicò invece il disturbo che colpisce il bambino di fronte alla perdita del rapporto dopo alcuni mesi di vita, per esempio in caso di morte o abbandono da parte della madre. Per ciò che attiene alla figura genitoriale maschile, nelle prime fasi dello sviluppo, un padre *normalmente devoto*, parafrasando Winnicott, è un *prodotto della madre onnipotente* (Gaddini, 1974), con una funzione di *holding*. Di fatto, la parte femminile di sé gli permette di contenere e proteggere la diade madre-infante (Galdo, 1993), iscrivendosi nel vissuto corporeo del figlio fino alla confusione tra attività di cura paterna e funzione allevante materna, pur mantenendo la stessa un ruolo decisamente più dirimente. Successivamente diviene oggetto di investimento libidico, minacciando dapprima e non permettendo successivamente alla diade madre-figlio di prolungarsi in termini simbiotici oltre i naturali limiti (Guerriera, 1999).

La rappresentazione del padre come oggetto esterno, però, non è sempre indolore, assorbendo la conflittualità della diade nel processo di superamento della fusione originaria e il dolore abbandónico del figlio nei confronti della madre chiamata dal padre a sostenere la rottura della simbiosi. Nel passaggio da madre estranea a madre esterna, ossia separata dal soggetto, il padre può essere incontrato dal figlio e vissuto in modo attivo, distinto e originale. Nella teorizzazione lacaniana il ruolo metaforico del padre si traduce nella legge del linguaggio e della visione dell'Altro che permette l'acquisizione della propria identità. Riconoscere la *Legge del Padre*, con la possibilità di un modello di identificazione, dunque, consente al figlio di separarsi dalla madre per poter andare verso lo sviluppo psichico e sociale.

Conclusioni

Il fenomeno dell'adozione non sembra sfuggire alla complessità con cui, oggi, la società intera è chiamata a confrontarsi. L'estre-

ma articolazione della famiglia attuale presenta in genere un aspetto di coerenza per ciò che attiene al deficit di rapporti di solidarietà familiare presenti invece nelle famiglie allargate di un tempo.

Se una volta l'affidare un bambino a qualcuno rappresentava una prassi consueta e consolidata, oggi sembra fortemente condizionata dall'esclusività che si ritiene debbano avere i rapporti familiari. A tutto ciò, però, non sembra corrispondere una reale possibilità di individuare servizi di sostegno per le famiglie adottanti soprattutto nel prosieguo dell'esperienza dell'adozione. Da questo punto di vista sembrerebbe opportuno lavorare su il "prima" dell'adozione dei bambini e dei genitori adottanti, favorendo un incontro che non può essere giocato solo sul bisogno materiale e di accudimento ma sulla condivisione dei vissuti, pena l'enfaticizzazione del "mito delle proprie origini" o la forzata rimozione delle stesse da entrambe le parti.

Il bambino, e questo soprattutto nell'adozione internazionale, dovrebbe vedere riconosciuto il diritto a sapere che ciò che c'era prima antropologicamente non è inferiore a ciò che c'è oggi. Per intenderci l'Occidente non è più valido del Sud America, dell'Africa, di alcuni Paesi dell'Est Europa al più potrebbe essere più ricco. È una condizione psicologica di cui, accompagnato all'età adulta, il ragazzo adottato dovrebbe diventare consapevole attraverso l'esame di realtà che altri adulti dovrebbero dargli modo di sperimentare.

Numerosi studi sull'uso di sostanze e sui comportamenti a rischio hanno evidenziato il ruolo che le esperienze traumatiche hanno nell'insorgere di comportamenti a rischio, spesso predittivi di una DA o di una vera e propria dipendenza patologica. Un legame incerto e problematico (attaccamento insicuro), vissuti abbandonici, esperienze traumatiche vissute nell'infanzia, il fallimento del processo di regolazione degli affetti, un uso ricorrente della dissociazione, quale misura difensiva utilizzata dal soggetto per difendersi da una realtà percepita come minacciosa e gravida di ansie e minacce, costituiscono con grande incidenza fattori di vulnerabilità e terreno fertile per l'insorgere dell'addiction.

Nei dipendenti patologici è, quindi, ipotizzabile una vulnerabilità narcisistica di base derivante dalla carenza di una rappresentazione mentale di un legame "buono" a cui poter fare ricorso ogni volta che il Sé si sente minacciato da emozioni intense. La carenza di un legame stabile con la madre impedisce lo sviluppo psichico del bambino, soprattutto il processo di simbolizzazione e del pensiero, determinando conseguentemente un rapporto esclusivo e compulsivo con una sostanza o con un comportamento a rischio.

Una scarsa sintonizzazione e disponibilità emozionale genitoriale verso il bambino e il fraintendimento ambientale delle manifestazioni infantili possono nel tempo strutturare nell'individuo una minore capacità di tollerare le tensioni e di autoregolarsi nonché una sovrapposizione tra la sana affermazione di sé (sostenuta dall'aggressività/calda) e l'aggressività ostile (espressione di una aggressività fredda).

È il momento dell'adolescenza quello spesso più complicato dell'intero percorso adottivo, anche se lo stesso è iniziato molti anni prima. Perché l'adolescenza è specchio che riflette, amplifica, enfatizza le fragilità del sistema famiglia. È bisogno di autonomia ma mai come per l'adottato anche necessità di affiliazione.

I sistemi con cui l'adolescente intende coinvolgersi sono "fuori" dalla coppia genitoriale e se questo moto coglie i genitori distratti da un ancora irrisolto personale processo di autonomizzazione dai propri genitori o invischiati nei propri profondi bisogni di accudimento e protezione, i movimenti verso l'emancipazione

dell'adottato possono essere vissuti come mine disseminate lungo la via della costruzione di un saldo rapporto di filiazione e come affronto/provocazione al ruolo genitoriale.

Se il sostegno alla coppia genitoriale è presente prima e subito dopo l'adozione, sia pur per un breve periodo, vissuto con diffidenza e meccanismi di difesa rispetto ai Servizi, lo stesso dovrebbe trovare la maniera di esistere fruttuosamente anche e soprattutto nella prosecuzione dell'esperienza e in particolarmente in quei frangenti, come l'adolescenza, in cui ciò che è stato torna di prepotenza a dettare patterns comportamentali vecchi e nuovi.

Roberta Lombardi, psicologa e psicoterapeuta dell'Università La Sapienza di Roma, dallo studio "La famiglia adottiva al "banco di prova" dell'adolescenza, specchio che amplifica e confonde" (2003) sostiene che nei casi di "restituzione dei minori" al momento dell'allontanamento dalla famiglia, i minori coinvolti sono in larghissima parte (86,5%) preadolescenti o adolescenti (nello specifico il 17,8% ha tra i 9 e gli 11 anni, il 38,6% tra i 12 e i 14 anni e il 30,1% tra i 15 e i 17 anni) e ciò anche per le adozioni avvenute molti anni prima.

I dati sulle adozioni difficili presi in considerazione in questo studio indicano l'adolescenza del figlio adottivo come momento critico sia nel caso di adozioni di bambini già grandi, sia anche in casi di percorsi adottivi iniziati molti anni prima con bambini piccolissimi (0-2 anni). Le difficoltà di relazione del sistema familiare che si rilevano nella fase adolescenziale del figlio adottato in molti casi, quindi, erano già presenti in precedenza (Lombardi, 2003, p. 92).

Il rischio del fallimento adottivo non si palesa soltanto nell'incremento del numero di "restituzione di minori" ma nell'esporsi, con la stessa o con il portare avanti l'adozione, l'adottato ad altri fattori predittivi della dipendenza patologica. Quest'ultima non è, infatti, un fenomeno immobile e fisso nel tempo. Non si nasce con il destino segnato dalla genetica, ma si può essere vulnerabili a sviluppare una dipendenza, vulnerabilità che può essere modulata da fattori di varia origine: geni, ambiente e caratteristiche personalologiche individuali.

Sempre più necessaria, dunque, appare una specifica conoscenza del vissuto dell'adottato da parte di quanti si propongono di prendersene cura, una conseguente formazione da parte di operatori e genitori adottanti su temi come i traumi pregressi e i funzionamenti post-traumatici, unitamente ad un'attenzione socio-culturale ai contesti di provenienza. Sarebbe opportuno a tal proposito creare spazi di pensiero e di parola dove riflettere, proporre suggestioni, sperimentare modalità relazionali in primis all'interno della dimensione grupale e successivamente nell'area più ristretta della famiglia e della coppia al fine di rendere le eventuali difficoltà e sofferenze esperienze protettive e costruttive.

Il fallimento adottivo è spesso legato alla difficoltà di ragionare fuori dalla dimensione della sola coppia, come una nave senza riferimenti e persone in grado di accompagnare il viaggio. I Servizi vengono percepiti in molti casi come nemici del progetto adozione e, dunque, gli adottanti non riescono a stabilire relazioni autentiche dove poter esternare e far conoscere quelle che a tutti gli effetti dovrebbero essere fisiologiche difficoltà.

Perché cresce nei Servizi (pubblici e del Privato sociale) che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano (direttamente o attraverso i genitori adottivi) l'esperienza dell'adozione? Forse perché nella società complessa fenomeni complessi come l'uso problematico e/o la dipendenza patologica trovano terreno fertile nella complessità sedimentata e

lasciata cronicizzare del percorso dell'adozione. Il bisogno di ascolto, accudimento e protezione non trova facile declinazione nella società del narcisismo e della famiglia della confusione dei ruoli. Perché non è detto che l'amore basti così come, per provare a spiegare la dipendenza patologica, non è sufficiente il ricorso alla sola genetica.

Bibliografia

- Adinolfi M., Chistalini M., D'Andrea A. (2017). *La famiglia adottiva tra crisi e sviluppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Brand A.E., Brinich P.M. (1999). Behavioral problems and mental health contacts in adopted, foster, and nonadopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40: 1221-1229.
- Case A., Lin I.F., McLanahan S. (2000). *Educational attainment in blended families*. Princeton University and Bowling Green State University
- Dickson L.R., Heffron W.M., Parker C. (1990). Children from disrupted and adoptive homes on an inpatient unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60: 594-602.
- Gaddini E. (1974). La formazione del padre nel primo sviluppo infantile. In: *Scritti* (1975). Milano: Raffaello Cortina .
- Galdo A.M. (1993). L'origine dell'amore per il padre. In: Stern D.N., Ammaniti M. (a cura di). *Psicoanalisi dell'amore*. Roma-Bari: Laterza.
- Gibson K. *Differential parental investment in families with both adopted and genetic children*. Department of Anthropology, University of Utah, 270 S 1400 E Rm 102, Salt Lake City, UT 84112, USA - Initial receipt 30 June 2007; final revision received 8 January 2008.
- Guerriera C. (1999). *Il padre nella mente*. Napoli: Idelson-Gnocchi Ed.
- Holden N.L. (1991). Adoption and eating disorders: A high-risk group? *British Journal of Psychiatry*, 3: 10-14.

- Hser Y.I., Evans E., Li L., Metchik-Gaddis A., Messina N. (2013). Children of treated substance-abusing mothers: A 10-year prospective study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, maggio.
- Hser Y.I., Evans E., Teruya C., Hardy M., Urada D., Huang Y., Anglin D. (2002). *The California Treatment Outcome Project (CalTOP) Final Report Submitted to the California Department of Alcohol and Drug Programs*. Los Angeles, CA: UCLA Integrated Substance Abuse Programs.
- Lombardi R. (2003). La famiglia adottiva al "banco di prova" dell'adolescenza, specchio che amplifica e confonde. In: *Percorsi problematici dell'adozione internazionale*, Studi e Ricerche, collana della Commissione per le adozioni internazionali. Firenze: Istituto degli Innocenti di Firenze.
- Miller B.C., Fan X., Christensen M., Grotevant H.D., van Dulmen M. (2000). Comparisons of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child Development*, 5: 1458-1473.
- Kendler K.S., Sundquist K., Ohlsson H., Palmer K., Maes H., Winkleby M.A., Sundquist J. (2012). Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse. A National Swedish Adoption Study. *Arch Gen Psychiatry*, 69(7): 690-697. Published online March 5, 2012. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2112.
- Rogeness G.A., Hoppe S.K., Marcedo C.A., Fischer C., Harris W.R. (1988). Psychopathology in hospitalized adopted children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27: 628-631.
- Silver L.B. (1989). Frequency of adoption of children and adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22: 325-328.
- Spitz R. (1972). *Il primo anno di vita del bambino*. Firenze: Giunti-Barbera, pp. 29-31 *passim*.
- Spitz R. (2000). *Dialoghi dall'infanzia: raccolta di scritti*, a cura di Robert N. Emde. Roma: Armando (Trad. di Cristina Chiari).

RECENSIONE



Carla Morganti, Emiliano Monzani, Mauro Percudani (a cura di)

ADOLESCENTI IN BILICO **L'intervento precoce di fronte ai segnali di disagio e sofferenza psichica**

Collana: Educare alla salute: strumenti percorsi e ricerche
Codice: 435.24
pp. 190 euro 24,00
Editore: FrancoAngeli

L'identificazione precoce nell'età adolescenziale di stati potenzialmente a rischio è un tema sempre più attuale e di cruciale interesse.

Una buona comprensione delle cause e dei fattori scatenanti e il loro controllo tempestivo possono prevenire la complicazione o lo scatenamento di veri e propri disturbi a connotazione clinica. Allo stesso tempo, è fondamentale riconoscere precocemente i fenomeni e darvi il giusto peso, evitando così interventi non necessari o un'eccessiva medicalizzazione.

I disturbi in adolescenza sono fortemente caratterizzati da elementi evolutivi e la loro comprensione e identificazione come patologici non possono prescindere dal considerare queste dimensioni. L'adolescenza rappresenta, infatti, un momento con caratteristiche complesse e articolate di fluidità e contraddittorietà del funzionamento psichico, in cui sono in gioco diversi registri mentali.

Il volume – scritto da clinici e ricercatori che quotidianamente lavorano con i giovani – vuole essere una guida chiara e approfondita per comprendere le nuove risposte adattive o meno messe in campo dalla popolazione giovanile nell'attuale contesto culturale e sociale dominato dai social media. I temi trattati comprendono nuove e già note manifestazioni di disagio o patologia, quali ad esempio: il cyberbullismo, le nuove dipendenze, i disturbi alimentari, i disturbi emotivi.

Grazie al taglio didattico, al linguaggio chiaro, ai riferimenti bibliografici aggiornati e alla sintesi alla fine di ogni capitolo, il volume si rivolge non solo agli operatori della salute mentale (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi) ma anche a medici di famiglia, insegnanti, familiari e a tutti coloro che sono interessati e coinvolti nelle problematiche giovanili.

Carla Morganti, psichiatra dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, coordina dal 2008 un network lombardo di psichiatri e neuropsichiatri infantili che promuovono le buone prassi nei Servizi di Salute Mentale (NETLOSA).

Emiliano Monzani, psichiatra e psicoterapeuta, è responsabile del primo Centro di Salute Mentale italiano dedicato alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia dei disturbi psichici in adolescenza e giovane età adulta, afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Mauro Percudani, psichiatra, è direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.



La terapia oppiacea per il trattamento del dolore: il ruolo dei servizi per le dipendenze per il miglioramento dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti

CONVEGNO MACROREGIONALE FEDERSERD

Palermo - Grand Hotel e Des Palmes

Venerdì 16 novembre 2018

Razionale

Il Convegno affronterà il tema dell'incremento, anche nel nostro Paese, delle forme di abuso e misuso dei farmaci per il trattamento del dolore e come i Servizi per le Dipendenze possono, da una parte, ridurre nella popolazione generale trattata con i farmaci oppiacei eventuali forme di uso problematico e, dall'altra, come si possono sviluppare strategie efficaci per la presa in carico dei soggetti con forme di dipendenza da questa classe di farmaci.

In particolare, il convegno partendo da un aggiornamento puntuale della farmacoterapia del dolore e delle implicazioni nella clinica delle dipendenze, presenterà in esame come i Ser.D. possono prendere in carico i soggetti con dolore e come possono sviluppare modelli organizzativi efficaci centrati sui bisogni degli utenti.

Il convegno si concluderà affrontando il tema delle nuove sostanze e come esse si correlano al dolore sia nel suo significato clinico che simbolico e metafisico.

Programma

ore 8.30 - 9.00	Registrazione partecipanti
ore 9.00	Saluti e Introduzione al convegno
ore 10.00	Prima sessione Aggiornamento nella farmacoterapia del dolore <ul style="list-style-type: none"> • Le Basi Razionali del Trattamento del Dolore • Farmacoterapia del dolore • Aspetti cognitivi e psicologici del dolore: implicazioni per la clinica
ore 13.00 - 14.00	Lunch
ore 14.00	Seconda sessione I Ser.D. nel trattamento del dolore severo <ul style="list-style-type: none"> • Il trattamento del dolore severo nei Ser.D.: appropriatezza, efficacia e sicurezza • Presa in carico e trattamento dei consumatori di pain killer: l'esperienza dei Ser.D. • Il management e l'organizzazione dei Ser.D. nella presa in carica degli utenti con dolore cronico
ore 16.30	Terza sessione I nuovi consumi nella terapia del dolore <ul style="list-style-type: none"> • Le nuove droghe sintetiche: cosa le lega al dolore • Painkiller, tossicità e vendita illegale sul web: automedicazione e altro
ore 17.30	Take home message Conclusione dei lavori e compilazione questionario di verifica ai fini ECM

INFO

Venerdì 16 novembre - PALERMO

Sala Convegni Grand Hotel e Des Palmes - Via Roma 398

CREDITI ECM

Il Convegno è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico (tutte le specializzazioni), psicologo, infermiere, farmacista, educatore professionale, assistente sanitario, tecnico della riabilitazione psichiatrica.**

I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'**assistente sociale** secondo la normativa prevista dall'Ordine di riferimento.

Si ricorda ai Partecipanti che il rilascio della certificazione dei Crediti è subordinata alla partecipazione al programma formativo nella misura del 90% di frequenza sull'intera durata dell'evento ed alla verifica del questionario di apprendimento (superamento con percentuale non inferiore al 75% del totale delle domande).

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- **Soci 2018 FeDerSerD - Partecipazione Gratuita**
- **Non soci 2018 FeDerSerD**
 - Medico - Psicologo - Farmacista - euro 50,00 (+ iva se dovuta)
 - Altre figure professionali - euro 35,00 (+ iva se dovuta)
 - Operatori professionali non soggetti a crediti formativi - euro 35,00 (+ iva se dovuta)
 - Studenti - euro 20,00 (+ iva se dovuta)

È possibile iscriversi a FeDerSerD per l'anno 2018/2019 in occasione del Convegno e partecipare con la quota ridotta di socio. È necessario inviare l'iscrizione prima del Convegno.



PROVIDER ECM - FEDERSERD - n. 908
www.federserd.it



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)
Telefono 031/748814 - fax 031/751525
Email - federserd@expopoint.it - www.expopoint.it

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 26

MISSION n. 50

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@tiscali.it

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

La compromissione neurocognitiva nell’abuso e dipendenza alcolica. Caso Clinico

Concettina Varango*, Pierluigi Morini**, Giovanna Navarra***

Introduzione

Un grande contributo nel definire meglio gli aspetti neurocognitivi della dipendenza da alcol è stato dato proprio dalle neuroscienze e in particolar modo dalle tecniche di neuroimmagine (MRI, PET, SPECT, FMRI) che ci hanno permesso di effettuare un’analisi strutturale e funzionale delle aree e delle connessioni coinvolte nei processi disfunzionali che conducono all’abuso/dipendenza etilica.

L’interazione fra mente e alcol determina profonde alterazioni neurocognitive e motivazionali che necessitano di lunghi periodi di riabilitazione e cura al fine di ripristinare il corretto funzionamento di questi circuiti.

La principale evidenza è data dalla capacità dell’alcol di indurre una “sindrome disesecutiva” all’interno del sistema di attività mentali che costituiscono le funzioni frontali.

La valutazione neurocognitiva del paziente alcolista assume quindi un’importanza strategica.

Viene riportato un caso clinico con problemi legali.

Alcol e sistemi neurocognitivi

Il neuropsichiatra russo Sergej Sergeevic Korsakov fu il primo ad associare alcune forme di psicosi confusionale caratterizzate da deficit dell’attenzione, amnesia di fissazione, disorientamento temporo-spaziale e fabulazione alla degenerazione del sistema nervoso centrale causata dall’alcolismo cronico, nel 1880.

* Direttore Struttura Complessa Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

** Psicologo clinico, criminologo clinico Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

*** Assistente Sociale Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

Circa un secolo più tardi un neurologo portoghese, Antonio Damasio, compì un sistematico studio delle funzioni cognitive imputabili alle strutture corticali e sottocorticali del lobo frontale.

Se oggi la “sindrome disesecutiva” e la “sociopatia acquisita” rappresentano sinteticamente la descrizione di due sindromatologie chiaramente attribuibili a lesioni funzionali del lobo frontale, ciò è merito delle ricerche di Damasio e dei suoi collaboratori (Damasio *et al.*, 1983; Damasio *et al.*, 1994).

Dopo gli studi pionieristici di questi autori, molte metanalisi si sono occupate delle conseguenze neuropsicologiche dell’uso a lungo termine di alcol e sostanze.

In una rassegna della letteratura effettuata da Yucel e colleghi è stato evidenziato che gli individui con storia di uso cronico di sostanze mostrano gravi deficit neuropsicologici a livello di memoria, controllo esecutivo e processi decisionali.

Sono state inoltre rilevate anomalie neurobiologiche che interessavano i circuiti fronto-temporali e i gangli della base.

La dipendenza e il comportamento patologico si stabiliscono nel momento in cui i circuiti neuronali della gratificazione non trovano nella corteccia prefrontale una capacità di modulare lo stimolo (Volkow *et al.*, 1999).

Se solo pochi anni fa si pensava ancora che la dipendenza coinvolgesse prevalentemente i circuiti della ricompensa mediati dal sistema limbico, alcuni recenti studi condotti con tecniche di *neuroimaging* hanno ampiamente confermato l’ipotesi del pieno coinvolgimento della corteccia prefrontale nella eziopatogenesi del disturbo correlato alla sostanza alcol.

In particolare, il coinvolgimento della corteccia prefrontale avverrebbe nelle risposte di rinforzo durante l’intossicazione, nella genesi del *craving*, e nell’astinenza.

L'attivazione della corteccia frontale, durante queste fasi cicliche della patologia alcolica, giocherebbe un ruolo cruciale nei cambiamenti cognitivi ed emotivi che determinano la forza del comportamento additivo.

Dal punto di vista neuroanatomico le regioni implicate nella patogenesi della patologia alcolica sono rappresentate dalla corteccia orbitofrontale, il giro cingolato anteriore e la loro connessione con le aree del circuito limbico.

Questi circuiti sono coinvolti durante i fenomeni di intossicazione, *craving*, astinenza e abuso soprattutto per ciò che concerne i processi motivazionali e decisionali sottesi.

La sindrome disesecutiva che coinvolge la corteccia orbitofrontale determina marcate alterazioni della regolazione emotiva e dei processi decisionali con compromissione della capacità di modulazione di comportamenti socialmente adattivi.

Se ci sono evidenze che negli alcol dipendenti sia presente una riduzione delle funzioni esecutive (Bolla *et al.*, 2000), l'abuso di alcol è associato a disfunzioni esecutive in modo più evidente rispetto al co-abuso di altre droghe come eroina (Abi-Saab, Beauvais, Mehm *et al.*, 2005) e cocaina (Beveridge *et al.*, 2008).

In aggiunta gli individui alcolisti con deterioramento della performance legata alla presa di decisione presentano una riduzione significativa della materia grigia nell'amigdala, una regione chiave implicata nei processi decisionali (D'Esposito *et al.*, 2002).

Così, anche persone ben adattate diventano incapaci di rispettare norme sociali o di esprimere le proprie emozioni in modo appropriato al contesto (Penfield *et al.*, 1935).

La sindrome disesecutiva caratterizzata da una compromissione della corteccia prefrontale dorsolaterale sembra invece determinare maggiori danni al sistema mnestico.

In questa situazione sono compromessi i processi di organizzazione temporale e di memorizzazione a breve termine delle informazioni (danno selettivo della *working memory*) necessarie a pianificare una risposta configurando così un deficit di pianificazione.

Altri disturbi cognitivi associati ad alterazioni funzionali della corteccia prefrontale sono rappresentati da rigidità comportamentale, facile distraibilità, ridotta capacità nel giudicare, valutare in modo critico o semplicemente produrre una stima riguardo una data circostanza, scarsa flessibilità cognitiva e difficoltà ad affrontare situazione complesse.

L'incapacità di pianificare il comportamento o individuare una strategia appropriata al raggiungimento di un traguardo spiega tra l'altro molti dei problemi incontrati da questi pazienti nella gestione delle attività della vita quotidiana (Kiyatkin *et al.*, 1996).

Riassumendo, le aree cerebrali coinvolte nello sviluppo della dipendenza sono quindi:

- a) corteccia prefrontale, deputata alla cognizione e alla pianificazione;
- b) area tegmentale ventrale (VTA) del mesencefalo e nucleus accumbens (NAc) facenti parte del "circuito della gratificazione";
- c) amigdala e ippocampo che rientrano nel sistema limbico, sistema atto alla modulazione degli impulsi, alla rielaborazione delle emozioni e allo sviluppo di informazioni provenienti dalla memoria (Kopera *et al.*, 2012).

La permanenza in una condizione di dipendenza patologica sembrerebbe dunque in buona parte imputabile ad un deficit nelle performances di funzioni cognitive complesse svolte dalle aree cerebrali sopracitate.

Per rammentare alcune recenti ricerche dovremmo considerare, tra gli altri, gli studi che hanno messo in luce un deterioramento nei domini specifici includenti le funzioni percettivo-motorie (Beatty *et al.*, 1996; Fein *et al.*, 1990) e quelle visuo-spaziali (Fein *et al.*, 2006).

I risultati emersi da quest'ultimo studio, in accordo con altri dati della letteratura (Oscar-Berman *et al.*, 2004), suggeriscono che una prolungata astinenza dall'alcol porti ad un recupero delle funzioni cognitive.

Diversamente altri studi non hanno trovato differenze tra i pazienti astinenti e quelli di controllo (Cordovil De Sousa Uva *et al.*, 2010; Bechara *et al.*, 2002).

A sostegno dell'impossibilità di una totale reversibilità del danno si rammenta un recente studio condotto con l'ausilio della risonanza magnetica strutturale il quale ha evidenziato una riduzione strutturale significativa della materia grigia del 20% nella corteccia prefrontale dorso-laterale bilaterale degli alcolisti cronici (Christensen *et al.*, 2012).

La letteratura ha infine segnalato differenze di genere rilevando che le donne bevono meno alcol e quindi hanno meno problemi alcol correlati degli uomini. Tuttavia, esse rispetto agli uomini, sono anche più predisposte a danni cognitivi e motori dovuti all'alcol.

Uno studio longitudinale a lungo termine su donne alcol dipendenti ha evidenziato una ripresa nella memoria e nella velocità psicomotoria, mentre ha messo in luce deficit continui nell'equilibrio anche dopo trenta mesi di astinenza (O'Mahony, 2005).

Per concludere e così introdurre il caso che verrà presentato di seguito, vorremmo rammentare che deficit delle funzioni cognitive superiori attribuibili all'attività della corteccia prefrontale rappresentano la spiegazione su base neuropsicologica di molti comportamenti antisociali che tradizionalmente e comunemente vengono utilizzati per la diagnosi delle personalità psicopatiche (Damasio, 2000; Blair, 2001; Seguin, 2004).

Il caso di Claudio

Claudio è di origini tunisine ed è ristretto presso la Casa Circondariale di Lodi per diversi reati tra cui quelli rientranti nella fattispecie previste dagli articoli 642, 625, 56 e 110 C.P. (furto aggravato in concorso, tentativo di furto aggravato), 635 C.P. (danneggiamento), dall'art. 628 (rapina aggravata), art. 385 C.P. (evasione), art. 186 C.d.S (guida in stato di ebbrezza).

Ultimo in ordine di età di 8 figli, giunge in Italia all'età di 7 anni e vive in famiglia di origine fino all'età di 26 anni.

A 18 consegue un diploma professionale con qualifica di meccanico e poco dopo inizia a lavorare nell'azienda di un fratello con la mansione di ponteggiatore.

Nel 2004, non ancora ventenne, viene coinvolto in un incidente stradale durante il quale perde i sensi a causa di un forte trauma cranico nella regione fronto-temporale sinistra. Ricoverato d'urgenza presso l'Ospedale Niguarda, riacquista

coscienza nello stesso giorno del ricovero ma resta in osservazione per 15 giorni.

Il paziente riferisce d'essere stato sottoposto a quattro risonanze magnetiche e di aver effettuato diversi test neurologici di cui non possiede più documentazione, tuttavia ricorda allora che non era stata riscontrata alcuna particolare anomalia. Purtroppo non è stato possibile ottenere la documentazione clinica dell'evento.

Dopo quattro anni inizia ad accusare frequenti mal di testa in occasione di accessi di rabbia. Durante uno di questi si reca al pronto soccorso e gli viene prescritta una terapia a base di ansiolitici.

Rispetto alla storia tossicomana, Claudio riferisce di aver iniziato a far uso di cocaina all'età di 16 anni per un breve periodo e di alcol a 17 anni.

Nonostante abbia sempre saputo dell'esistenza dei servizi per la dipendenza da alcol riteneva di poter risolvere il problema in maniera autonoma, in quanto assente in lui la consapevolezza del proprio disagio.

Nel periodo antecedente il primo arresto, avvenuto nel 2008, quando lavorava presso una ditta come magazziniere addetto al trasporto, montaggio e smontaggio di mobili, assumeva una smodata quantità di alcolici, iniziando dalla prima mattina con aperitivi e caffè corretti per giungere a tarda sera con superalcolici.

Di quel periodo Claudio rammenta che trascorrevano gran parte delle giornate in solitudine alla guida del camion traendo sollievo solo dal consumo di tali sostanze.

I reati posti in essere dal paziente sono tutti collegabili all'abuso di alcolici, in quanto commessi sotto il loro effetto o per procurarsi i soldi per acquistarli.

La prima carcerazione, avvenuta presso la Casa Circondariale di San Vittore, è durata poco più di un mese.

Subito dopo Claudio esce con la prescrizione dell'obbligo di firma.

Rientra in carcere a Monza due anni dopo per un furto ed esce l'anno successivo, nel 2011, con un affidamento ai Servizi sociali.

Nel gennaio del 2012 Claudio viene nuovamente arrestato e tradotto alla Casa Circondariale di Lodi per aver eluso la misura della sorveglianza.

Dichiaratosi alcolista, viene preso in carico dal Ser.T. interno del carcere e dopo valutazione multidisciplinare, nell'agosto dello stesso anno, viene inserito in una Comunità Terapeutica.

Dopo un periodo di circa nove mesi rientra sul territorio in regime di affidamento territoriale. L'obiettivo è quello di intraprendere un reinserimento socio-lavorativo, tuttavia ricomincia a focalizzarsi quasi esclusivamente sul lavoro, svolgendo turni di oltre dodici ore consecutive.

Tale condizione particolarmente stressante lo induce a riprendere l'uso di sostanze alcoliche. Sempre meno aderente al programma terapeutico, nel gennaio 2014 viene tradotto nuovamente in carcere per una condanna definitiva relativa ad un reato commesso prima del 2012.

Durante l'esecuzione di questa ennesima carcerazione, Claudio riceve una sequenza di condanne, ognuna di pochi mesi che vengono cumulate per un totale di circa 6 anni.

Prima di rientrare in comunità, Claudio trascorre circa tre anni in carcere impegnandosi pienamente in tutte le attività

che gli vengono proposte; diventa nel tempo bibliotecario dell'istituto ed addetto alla manutenzione ordinaria.

Per questa attività nel mese di settembre 2016 riceve, dalla direzione del carcere, la ricompensa dell'encomio.

A questa affermazione sul piano del lavoro, tuttavia, comincia a manifestarsi nel paziente una progressiva chiusura con deflessione del tono dell'umore e significativa perdita del peso corporeo tanto da dover intraprendere un trattamento anti-depressivo.

Nel novembre 2016 ottiene la concessione di misura alternativa dell'affidamento terapeutico ex art. 94 del D.P.R. 309/90 scontando la pena presso la stessa comunità che lo aveva accolto anni prima. Sin dai primi momenti del suo inserimento, Claudio esprime la necessità di poter avere maggiori spazi di libertà e l'esigenza di poter svolgere attività lavorativa esterna, con la personale convinzione di poter accedere ad un programma territoriale.

Le aspettative disattese ed i tempi irrealistici ipotizzati dal paziente, lo portano a manifestare frequenti episodi di perdita del controllo sia contro gli operatori che nei confronti di altri utenti. Questi episodi sono caratterizzati da forte rabbia ed insofferenza che esprime attraverso urla e offese verbali e richieste spontanee di auto-segnalazione ai carabinieri.

Gli operatori segnalano confusione caratterizzata da frequenti cambiamenti di fatti e dichiarazioni dei suoi intenti (come per esempio la volontà di rientrare in carcere) e difficoltà a svolgere un lavoro introspettivo.

È stato pertanto utile richiedere agli operatori della comunità una valutazione neuropsicologica e la valutazione psicodiagnostica che ha permesso di tracciare un quadro più completo circa le risorse e le criticità di Claudio, qui di seguito riportate. A seguito delle difficoltà presentate dal paziente e rilevata la volontà di voler proseguire il programma comunitario, risulta necessario individuare un altro contesto protetto dove Claudio possa essere maggiormente coinvolto in attività operative e/o lavorative.

A seguito di questa esigenza, nel luglio 2017 avviene il trasferimento presso una struttura terapeutico-riabilitativa dove Claudio appare ancora focalizzato sul lavoro, esprimendo il proprio disagio con diverse altalenanze nell'umore e due episodi di ricaduta nell'alcol ravvicinati nel tempo. Il più grave è avvenuto il 6 agosto 2017, quando allontanatosi dalla struttura in tarda notte viene denunciato per furto di cellulare e aggressione immotivata nei confronti del medico del Pronto soccorso.

Segnalato alle Autorità competenti, viene tradotto presso la Casa Circondariale di Lodi nel febbraio 2018 con provvedimento di sospensione provvisoria della misura dell'affidamento in prova ex art. 94 del D.P.R. 309/90 da parte del Magistrato di Sorveglianza.

La valutazione neuropsicologica del 2017

In conseguenza delle vicissitudini del paziente e delle difficoltà di adattamento che lo stesso dimostra già nella fase di accoglienza presso la comunità terapeutica, nell'aprile del 2017, ossia circa 9 anni dopo la prima carcerazione, il paziente viene sottoposto ad una valutazione neuropsicologica atta ad indagare la funzionalità cerebrale superiore.

A tale scopo si è fatto ricorso a due test di personalità (Rorschach ed MMPI-2) e ad una batteria di test neuropsicologici tarati e standardizzati su un campione di pari età e scolarità, i cui risultati sono da ritenere indice valido ed attendibile della sua attuale efficienza cognitiva, con prove di ragionamento, attenzione, memoria, prassie, funzioni esecutive ed umore (matrici progressive colore CPM47; Matrici attentive TMT A e B; Digital Span, Span di Cubi, Figura di Ray, Test di Weigle, Stroop test, Stai-y di stato e di tratto).

Per quanto riguarda la funzionalità cognitiva emergono deficit selettivi negli ambiti specifici della memoria e della prassia costruttiva.

Queste difficoltà sembrano essere verosimilmente legate ad un deficit trasversale in ambito visuo-spaziale.

Vi sono inoltre deficit delle funzioni esecutive, con lieve tendenza alla perseverazione, in particolare nelle abilità di astrazione ed inibizione.

Una sfumata debolezza si riscontra nell'abilità di attenzione selettiva, probabilmente influenzata sia dalle difficoltà inibitorie che da quelle visuo-spaziali.

Se l'esame clinico e la valutazione psicodiagnostica non restituiscono un quadro psicopatologico preciso, poiché non emergono disturbi del pensiero formali o sostanziali, benché venga rilevata una tendenza all'ipersemplificazione che impatta sull'esame di realtà fino a rischiare di compromettere la sfera dei rapporti interpersonali, il dato che assume maggior rilevanza, corroborando l'esito dei tests neuropsicologici, riguarda i deficit nel controllo degli impulsi e nelle capacità introspettive, come generica difficoltà ad integrare informazioni provenienti dal mondo esterno ed interno e a modulare delle risposte comportamentali appropriate.

Discussione

La storia di Claudio propone alcune considerazioni utili a comprendere quanto una valutazione neuropsicologica, fatta all'inizio del percorso, possa indirizzarne i risultati finali.

Sappiamo quanto è difficile chiedere consulenze di approfondimento ai nostri pazienti che, quando arrivano nei nostri servizi, chiedono prevalentemente di smettere di assumere stupefacenti e non certo d'essere valutati dal punto di vista neuropsicologico.

Un approfondimento diagnostico nel contesto carcerario risulta ancora più difficoltoso, poiché ai problemi della piena disponibilità del paziente (a) e dell'effetto distorsivo provocato dalla condizione d'essere ristretti (b) si aggiunge una non meno rilevante difficoltà a reperire le risorse finanziarie necessarie (c).

Per limitarci ad approfondire il secondo punto dovremmo considerare che la condizione d'essere ristretti in carcere, non solo potrebbe produrre significativi effetti distorsivi sulle performances alle prove dei tests, ma produce distorsioni anche del quadro sintomatologico, nel senso che a seconda del caso può favorire la manifestazione di alcuni tratti latenti e mascherarne altri.

Nel caso di Claudio e relativamente alle seconda e più lunga carcerazione presso la casa Circondariale di Lodi, abbiamo potuto osservare ed intervenire sul piano dell'umore, così come non è passata inosservata la sua tendenza alla perseve-

razione, tuttavia la sua piena adesione alle regole esplicite ed implicite dell'istituto non solo gli ha consentito di evitare di incorrere in sanzioni disciplinari, ma lo ha addirittura portato a ricevere il premio dell'encomio da parte della direzione del carcere per la sua disponibilità, affidabilità e dedizione al lavoro.

Difficile allora pensare a deficit neuropsicologici nelle funzioni prassiche o esecutive nel caso di un soggetto che viene perfino premiato per l'abilità dimostrata nella manutenzione dell'istituto, perché capace di trovare soluzioni efficaci a piccoli problemi di carpenteria, idraulica, telefonia e sistemi elettrici. Per fare ancora un esempio, la peraltro osservata perseverazione che Claudio dimostrava negli ultimi tempi, quando chiedeva continuamente di contare i mesi della liberazione anticipata al fine di determinare quando avrebbe potuto produrre istanza per chiedere l'affidamento in comunità, questo aspetto è stato mascherato da un'ansia claustrofobica che è molto diffusa tra la popolazione detenuta quando vi sono realistiche possibilità di riguadagnare al più presto la libertà.

Forse non è dunque del tutto casuale che l'esigenza di valutare la qualità delle sue funzioni cerebrali superiori sia sorta quando egli poté finalmente manifestarsi in un contesto meno costrittivo – e condizionante – del carcere.

Ciò ovviamente non equivale a sostenere che se fosse stato sottoposto ad una batteria neuropsicologica, al momento della presa in carico in carcere, non avrebbe prodotto delle performances significativamente difformi da quelle attese nella norma.

Per concludere la discussione relativa al punto (b) osserviamo che non sarebbe nemmeno un problema insormontabile tarare e standardizzare i tests neuropsicologici sulla popolazione detenuta, se non fosse che il problema indicato precedentemente al punto (c) riduca questa ipotesi a mera fantasia.

Tornando allora alla realtà di Claudio nelle sue contingenze attuali, dobbiamo osservare che sono trascorsi esattamente 14 anni dall'incidente che egli subì all'età di 19 anni, quando sbandando con il camion che trasportava assi di legno e ponteggi sbatté violentemente la testa contro la portiera, perdendo conoscenza.

Da allora, dopo un ricovero di 15 giorni in un reparto neurologico ed un successivo accesso in pronto soccorso per frequenti cefalee che si risolse con la prescrizione di ansiolitici, Claudio è stato oggetto di oltre una ventina di processi per piccoli reati, ha scontato qualche anno di carcere ed ha trascorso qualche anno in comunità, fallendo tutte le volte che è stato rimesso in libertà.

Oggi si trova nuovamente ristretto presso il carcere di Lodi in attesa che gli venga revocato l'affidamento in comunità, che sia processato nuovamente per furto, evasione e resistenza a pubblico ufficiale e che di conseguenza la sua condanna venga incrementata ulteriormente di un altro paio di anni.

Alla luce della situazione attuale, dovremmo in primo luogo chiederci quale essa avrebbe potuto essere, se i deficit neuropsicologici diagnosticati nel 2017 fossero stati rilevati e gestiti in modo più efficace magari dopo il suo ricovero nel 2004, o dopo la sua successiva presentazione spontanea al pronto soccorso per le cefalee o dopo le sue prime condanne e carcerazioni a Milano (2008), a Monza (2010), a Lodi (2012 e 2014). Molteplici studi hanno documentato come alcuni circuiti mentali sono predefiniti all'interno di uno sviluppo che si comple-

ta negli anni successivi alla nascita, come quelli che per esempio controllano la respirazione o l'attività cardiaca.

Queste connessioni sono "indipendenti dall'esperienza".

Altri circuiti mentali vengono attivati durante la nostra vita e vengono denominati "dipendenti dall'esperienza" perché sono soggetti a continue revisioni, in funzione dell'esperienza che progressivamente viene maturata ed elaborata.

Se i primi circuiti sono dei sistemi chiusi, pre-definiti e ci accompagnano pressoché invariati per tutta la vita, i secondi dipendono dagli accadimenti esterni, dal modo in cui la persona li elabora, li anticipa ed in qualche misura concorre a determinarli.

Naturalmente i sistemi corticali e sottocorticali frontali e orbitofrontali appartengono d'elezione a questa seconda categoria. Non è difficile immaginare allora che l'elaborazione degli iniziali fallimenti di Claudio nel mantenersi sobrio e non commettere reati abbiano rappresentato il presupposto ed insieme il rinforzo per i successivi, come un disco rotto che giunto al solco alterato, anziché proseguire la traccia, torni da capo e così facendo approfondisca l'alterazione che lo ha fatto saltare.

Per le stesse ragioni è facile supporre che un percorso virtuoso, autenticamente terapeutico, capace di guidarlo e stimolarlo a sperimentare con successo situazioni per lui critiche, magari con un supporto farmacologico mirato a favorire quella plasticità neuronale che sappiamo sottendere sul piano biologico la rimodulazione delle funzioni cognitive complesse, i cui deficit sono responsabili delle ricadute nella dipendenza e/o nelle recidive, avrebbe prodotto esiti significativamente diversi.

Considerando infine il caso di Claudio sotto il profilo di costi sostenuti complessivamente negli ultimi 10 anni dai sistemi sanitario, giudiziario e penitenziario, non v'è dubbio che la possibilità di una accurata indagine neuropsicologica dei casi di alcol-dipendenza perlomeno sospetti di lesioni funzionali del lobo frontale e la loro collocazione in circuiti altamente specializzati nella riabilitazione neuropsicologica e psicoterapeutica, rappresenterebbe un considerevole risparmio di risorse, per tacere sul piano delle sofferenze provate da queste persone, dai loro famigliari e dalla collettività.

Conclusioni

La valutazione neuropsicologica permette di indagare le funzioni cognitive frontali nelle loro varie declinazioni sul piano della attenzione, motivazione, memoria a breve termine, soluzione di problemi e modulazione delle risposte emotive, consentendo di ottenere un quadro completo dell'efficienza cognitiva del paziente, oltre ad individuare la presenza di eventuali patologie neurologiche sottostanti.

Essa permette soprattutto di definire tempestivamente un piano d'intervento terapeutico e riabilitativo, verificandone l'evoluzione in itinere.

Sappiamo che le alterazioni neurocognitive indotte dall'alcol, se interrotto il potus, hanno un carattere non evolutivo e che le alterazioni funzionali possono in qualche misura regredire, in seguito ad interventi psicoterapeutici e riabilitativi adeguati allo scopo.

Si tratta di azioni mirate a ricreare situazioni critiche in situazioni protette che favoriscano la genesi di esperienze trasfor-

mative (l'insight gestaltico e psicoanalitico) di modo che la soluzione virtuosa pensata e sperimentata provochi una ristrutturazione di campo, generi a sua volta il ricordo del successo conseguito, e così favorisca la restaurazione/sostituzione delle sinapsi neuronali danneggiate.

Solo così è possibile ottenere che le funzioni cognitive compromesse dalla patologia additiva vengano progressivamente recuperate.

Per mirare a tale obiettivo però, non occorre soltanto poter disporre di equipe terapeutiche motivate e competenti, capaci di generare situazioni di stimolo complesse calibrate sulle specifiche criticità del paziente, ma occorre innanzitutto poter intervenire con la massima tempestività, prima che i danni prodotti dalle ricadute rendano il solco troppo profondo e il percorso di recupero troppo impervio.

Bibliografia

- Abi-Saab D., Beauvais J., Mehm J. *et al.* (2005). The effect of alcohol on the neuropsychological functioning of recently abstinent cocaine-dependent subjects. *Am J Addict.*, 14: 166-78.
- Allsop S., Saunders B., Phillips M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95: 95-106.
- Aron A.R., Fletcher P.C., Bullmore E.T. *et al.* (2003). Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nat Neurosci.*, 6: 115-16.
- Ashtari M., Cervellione K., Cottone J. *et al.* (2008). Effect of marijuana on adolescent brain: a Voxelwise Diffusion Analysis with fiber tractography. *American Society of Neuroradiology*, New Orleans, June.
- Baddeley A.D. (2003). Working Memory: cooking back and looking forward. *Nature Reviews neurosciences*, 4: 829-39.
- Beatty W.W., Hames K.A., Blanco C.R., Nixon S.J., Tivis L.J. (1996). Visuospatial perception, construction and memory in alcoholism. *J of Studies on Alcohol.*, 57: 136-43.
- Bechara A., Damasio H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40: 1675-89.
- Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50: 7-15.
- Bechara A., Damasio H., Damasio A.R. (2003). Role of the amygdala in decision-making. *Ann N Y Acad Sci.*, 985: 356-69.
- Bendszus M. *et al.* (2001). Sequential MR imaging and proton MR Spectroscopy inpatient who underwent recent detoxification for chronic alcoholism: correlation with clinical and neuropsychological data. *American Journal of Neuroradiology*, 20(10): 1926-32.
- Beveridge T.J.R., Gill K.E., Hanlon C.A., Porrino L.J. (2008). Parallel studies of cocaine-related neural and cognitive impairment in humans and monkeys. *Phil Trans R Soc B.*, 363: 3257-66.
- Blair R.J.R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71: 727-731.
- Bolla K.I., Funderburk F.R., Cadet J. (2000). Differential effects of cocaine and cocaine alcohol on neurocognitive performance. *Neurology*, 54: 2285-92.
- Bush G., Luu P., Posner M.I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in cognitive sciences*, 4: 215-222.

- Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *Noos*, 2: 107-16.
- Caselli G., Spada M.M. (2010). Metacognitions in Desire Thinking: A Preliminary Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38: 629-37.
- Caselli G., Spada M.M. (2011). The Desire Thinking Questionnaire: development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 36(11): 1061-7.
- Caselli G., Ferla M., Mezzaluna C., Rovetto F., Marcantonio M., Spada M.M. (2012). Desire Thinking across the continuum of drinking behaviour. *Eur Addict Res*, 18: 64-9.
- Chanraud S., Martelli C., Delain F. et al. (2007). Brain morphology and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology*, 32: 429-38.
- Christiansen P., Rose A., Cole J.C., Field M. (2012). A comparison of the anticipated and pharmacological effects of alcohol on cognitive bias, executive function, craving and ad-lib drinking. *J Psychopharmacol*, Pubblicato online prima della stampa.
- Christiansen P., Abigale K.R., Cole J.C., Field M. (2012). A comparison on the anticipated and pharmacological effects of alcohol on cognitive bias, executive function, craving and ad-lib drinking. *J of Psychopharmacology*, 0: 1-9.
- Clark L., Robbins T. (2002). Decision-making deficits in drug addiction. *Trends Cogn Sci.*, 6: 361-3.
- Cools R., Clark L., Owen A.M., Robbins T.W. (2002). Defining the neural mechanisms of probabilistic reversal learning using event-related functional magnetic resonance imaging. *J Neurosci.*, 22: 4563-67.
- Cordovil De Sousa Uva M., Luminet O., Cortesi M. et al. (2010). Cognitive and behavioural aspects, Distinct Effects of Protracted Withdrawal on Affect, Craving, Selective Attention and Executive Functions among Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol & Alcoholism.*, 45(3): 241-46.
- Damasio A.R., Hoesen G.V. (1983). Emotional disturbances associated with focal lesion of the limbic frontal lobe. In: Helman K., Satz P. (a cura di). *Neuropsychology of human emotion*. New York: The Guilford press.
- Damasio H., Grabowsky T., Frank R., Galaburda A. e Damasio A.R. (1994). The return of Phineas Gage: The skull of a famous patient yields clues about the brain. *Science*, 264: 102-105.
- Damasio A.R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the regional cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, 351: 4957-4960.
- Damasio A.R. (2000). A neural basis for sociopathy. *Archives of General Psychiatry*, 57: 118-129.
- D'Esposito M., Postle B.R., Ballard D., Lease J. (1999). Maintenance versus manipulation of information held in working memory: An event-related fMRI study. *Brain Cogn.*, 41: 66-86.
- D'Esposito M., Postle B. (2002). The organization of working memory function in lateral prefrontal cortex: evidence from event-related functional MRI. In: Stuss D.T., Knight R.T. (eds.). *Principles of Frontal Lobe Functioning*. New York: Oxford University Press.
- Dreher J.C., Koechlin E., Tierney M., Grafman J. (2008). Damage to the fronto-polar cortex is associated with impaired multitasking. *PLoS ONE*, 3: 3227.
- Eslinger P.J., Damasio A.R. (1985). Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*, 35: 1731-41.
- Penfield W., Evans J. (1935). The frontal lobe in man: a clinical study of maximum removals. *Brain*, 58: 115-133.
- Everit B.J., Cardinal R.N., Parkinson J.A. et al. (2003). Appetitive behavior: impact of amygdala-dependent mechanisms of emotional learning. *Ann. NY Acad. Sci.*, 985: 233-250.
- Fein G., Torres J., Price L.J., Di Sclafani V. (2006). Cognitive performance in longterm abstinent alcoholic individuals. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 30: 1538-44.
- Fein G., Bachman L., Fisher S. (1990). Cognitive impairments in abstinent alcoholics. *Western Journal of Medicine*, 152: 531-37.
- Fernández-Serrano M.J., Pérez-García M., Schimdt Rio-Valle J., Verdejo-García A. (2010). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *J of Psychopharmacology*, 24(9): 1317-32.
- Finn P.R., Rickert M.E., Miller M.A. et al. (2009). Reduced cognitive ability in alcohol dependence: examining the role of covarying externalizing psychopathology. *J of Abnormal Psychology*, 118(1): 100-16.
- Fishbein D.H., Krupitsky E., Flannery B.A. et al. (2007). Neurocognitive characterizations of Russian heroin addicts without a significant history of other drug use. *Drug Alcohol Depend.*, 90: 25-38.
- Glass J.M., Buu A., Adams K.M. et al. (2009). Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function. *Addiction*, 104: 38-48.
- Grossi D., Trojano L. (2009). *Neuropsicologia dei lobi frontali*. Bologna: il Mulino.
- Hammarberg A., Nylander I., Zhou Q. et al. (2009). The effect of acamprosate on alcohol craving and correlation with hypothalamic pituitary adrenal (HPA) axis hormones and beta-endorphin. *Brain research*, 305 (supplement): S2-6.
- Houben K., Schoenmakers T.M., Wiers R.W. (2010). I didn't feel like drinking but I don't know why: The effects of evaluative conditioning on alcohol-related attitudes, craving and behavior. *Addictive Behaviors*, 35(12): 1161-3.
- Jentsch J.D., Olsson P., De la Garza R., Taylor J.R. (2002). Impairments of reversal learning and response perseveration after repeated, intermittent cocaine administrations to monkeys. *Neuropsychopharmacology*, 26: 183-90.
- Junghanns K., Backhaus J., Veltrup C. et al. (2004). Mildly disturbed hepatic and pancreatic function during early abstinence from alcohol is associated with brain atrophy and with disturbed psychometric performance. *Alcohol Alcohol.*, 39: 113-18.
- Karremans M., Mogha Duam B. (1996). The prefrontal cortex regulates the basal release of dopamine in the limbic striatum: an affect mediated by ventral tegmental area. *J Neurochem.*, 66: 589-98.
- Kavanagh D.J., May J., Andrade J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48: 241-254.
- Kavanagh D.J., Andrade J., May J. (2005). Imaginary relish and exquisite Torture: The Elaborated Intrusion Theory of desire. *Psychological Review*, 112(2): 446-67.
- Kiyatkin E.A., Rebec G.V. (1996). Dopaminergic modulation of glutamate-induced excitations of neurons in the neostriatum and nucleus accumbens of awake, unrestrained rats. *J. Neurophysio.* 75: 142-53.
- Kopera M., Woynar M., Brower K. et al. (2012). Cognitive functions in abstinent alcohol-dependent patients. *Alcohol.*, 46: 665-71.
- Lezak M.D. (1995). Alcohol-related disorders. In: Lezak M.D. (ed.). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.) (pp. 250-58). New York-Oxford: Oxford University Press.
- Licata S.C., Renshaw P.F. (2010). Neurochemistry of drug action insights from proton magnetic resonance spectroscopic imaging and their relevance to addiction. *New York Academy of Sciences*, 1187: 148-171.
- Marlatt G.A. (1987). Craving Notes. *British Journal of Addiction*, 82(1): 42-4.
- Youcel M. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(12): 957-68.

- Mazzucchi A. (2006). *La riabilitazione neuropsicologica*. Milano: Masson.
- Mason B., Heyser C.J. (2010). Acamprosate a prototypic neuromodulator in the treatment of alcohol dependence. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, 9: 23-32.
- Noël X., Sferrazza R., van der Linden M. (2002). Median frontal hypometabolism measured by 99mTc-Bicistate SPECT procedure in the prediction of short term alcohol abstinence in alcoholdependent patients. *Alcohol Alcohol.*, 37: 347-54.
- O'Mahony J.F. (2005). Cognitive performance and liver function among recently abstinent alcohol abusers. *Addict Behav.*, 30: 369-73.
- Oscar-Berman M., Kirkley S.M., Gansler D.A., Couture A. (2004). Comparisons of Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics on neuropsychological tests of prefrontal brain functioning. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.*, 28: 667-75.
- Robinson T.E., Berridge K.C. (1993). The neural basis of craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18: 247-91.
- Roseribloom M.J., Pfefferbaum A., Sullivan E.V. (2004). Recovery of short-term memory and psychomotor speed but not postural stability with long-term sobriety in alcoholic women. *Neuropsychology*, 18: 589-97.
- Seguin J. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behavior: Relevance of an orbitofrontal cortex account. *Brain cognition*, 55(1): 185-197.
- Shallice T. (1990). *From neuropsychology to mental structure*. Trad. it. *Neuropsicologia e struttura della mente*. Bologna: il Mulino.
- Stuss D.T., Levine B., Alexander M.P. et al. (2000). Test performance in patients with focal frontal and posterior brain damage. Effects of lesion location and test structure on separable cognitive processes. *Neuropsychologia*, 38: 388-402.
- Uekermann J., Daum I., Schlebusch P. et al. (2003). Depression and cognitive functioning in alcoholism. *Addiction*, 98: 1521-29.
- Umiltà C. (1999). *Manuale di neuroscienze*. Bologna: il Mulino.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S. et al. (1999). Association of methyl-phenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implication in addiction, 156: 19-26.
- Wood R.L., Grafman J. (2003). Human prefrontal cortex: processing and representational perspectives. *Nature Reviews Neuroscience*, 4: 139-146.
- Winslow B.T., Woorhees K.I., Pehl K.A. (2007). Methamphetamine abuse. *American Family Physician*, Oct 15, 76(8): 1169-74.
- Vallar G., Papagno C. (2007). *Manuale di neuropsicologia*. Sec. Ed., Bologna: il Mulino.
- Wilson J.T., Wiedmann K.D., Phillips W.A., Brooks D.N. (1988). Visual event perception in alcoholics. *J of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10: 222-34.
- Wölwer W., Burtscheidt W., Redner C. et al. (2001). Outpatient behaviour therapy in alcoholism: impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103: 30-37.

Blues is the Haler: il blues è il guaritore ovvero l'utilizzo della musicoterapia umanistica trasformativa nel trattamento dei problemi alcol correlati

*Roberto Marzari, Ottaviano Cricenti, Gabriele Brandolisio, Matteo Bulfon, Enrico Tomaselli,
Rosanna Purich**

Introduzione

L'impiego della musica a scopi curativi risale a più di 3.000 anni fa (Ezzu e Messaglia, 2006).

I primi strumenti primitivi dovevano servire a contrastare gli spiriti maligni e a debellare le malattie: si credeva che la musica avesse a che fare con il divino ed avesse, dunque, un potere taumaturgico.

Musica e medicina erano intrise delle medesime valenze: nei riti sciamanici la guarigione passava attraverso il fenomeno dell'incantesimo per mezzo della fusione di ritmo e suoni.

Gli strumenti fabbricati con parti di animali uccisi erano considerati speciali, come se il suono prodotto venisse da un altro mondo.

L'idea che le creature morte potessero parlare attraverso gli strumenti musicali fatti con parti del loro corpo era diffusa; i dispositivi più comuni erano flauti, corni derivati da ossi di animale, tamburi e percussioni costruite con le pelli, che producevano un unico suono di altezza indeterminata e richiedevano una tecnica esecutiva assai modesta.

Strumento importantissimo per la sopravvivenza e per procurarsi il cibo fu l'arco che serviva sia per cacciare, sia come strumento musicale se dotato di risuonatore.

Si pensa che la musica strumentale sia nata dopo quella vocale e che abbia avuto origine dalla percussione del corpo associata ai passi di danza.

I molteplici strumenti musicali che con il passare del tempo si sono affinati possono essere raggruppati in quattro categorie principali:

- **idiofoni:** sono quelli più arcaici che partono dalla "body percussion" allo sfregamento di bacchette, bastoni, xilofoni, campane, sonagli;
- **membranofoni,** che comprendono tutti i tamburi di tutte le dimensioni, formati da delle tensioni di pelli di animale, assai diffuse nelle culture primitive;
- **cordofoni:** sono strumenti che hanno delle corde che vibrando emettono un suono, poco diffuse nelle culture primitive;

** Struttura Complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.*

- **aerofoni:** sono ausili con cui si ricava il suono mediante la vibrazione di una colonna d'aria come flauti ricavati da ossi di animali, risalenti ai primi periodi della preistoria.

Nell'antichità numerosi testi indicano un evidente potere della parola e del suono sull'emozione: «nella Genesi apprendiamo come "lo spirito di Dio" (che possiamo pensare come respiro, pneuma o vento) si muova nel "buio... del profondo" (una metafora per l'inconscio).

Se leggiamo il testo con attenzione appare chiaro che il primo intervento non fu la distinzione tra buio e luce, ma piuttosto l'annuncio acustico dell'intenzione: "E Dio disse..."» (Ezzu e Messaglia, 2006).

Secondo Ezzu e Messaglia anche nel Vangelo l'incipit rimanda all'intento acustico (In principio era il Verbo); dunque la creazione dell'Universo partì da un suono, il Yhy ebraico, il Fiat della Bibbia, il Kun islamico di indubbia componente o caratteristica sonora.

Nella mitologia induista la musica era riservata agli dèi che ebbero pietà degli sforzi umani portando tra gli uomini la musica per alleviare le sofferenze.

Pur presentando una estrema varietà di livelli evolutivi, nei riti tribali si possono rilevare alcuni aspetti comuni e costanti: la musica non era considerata un'arte fine a se stessa, dotata di una estetica sensibile, ma una pratica calata nella quotidianità, nella società, senza un preciso scopo artistico; i suoni e ritmi scandivano e accompagnavano, nella loro ripetitività, le fasi e gli eventi del giorno, del mese e dell'anno.

C'era un canto per nascere, uno per morire, un motivo per la semina, uno per il raccolto, una melodia per alleviare o guarire le malattie del corpo e della mente, un suono per cacciare e pescare, o per placare le divinità.

Solitamente questi canti erano molto semplici, monodici, e iteravano delle melodie composte da poche note che potevano fungere sia da bordone, sia da ostinato, che da canone.

Nelle esecuzioni tribali la musica aveva carattere improvvisato: una variazione estemporanea di cellule melodiche e ritmiche, col tempo diventa più complessa e così la musica da logogenica e patogenica diventa melogenica; passa da mera ripetitività occasionale che scandiva i tempi giornalieri a nuova coscienza di creatività, nuova ricognizione del bello, nuova ricerca dell'estetica musicale.

La musica cominciò a rivestire un'importanza fondamentale nella vita sociale e nella concezione della nascita della vita; il suono o la parola cantata o parlata era pertanto considerata

strumento di creazione e avvicinava al divino attraverso la preghiera e la meditazione: «i concetti di musica e particolarmente di musicoterapia sono rimasti associati a quello di armonia universale, con la sola accentuazione, in alcuni periodi, del versante soggettivo (l'armonia interiore dell'individuo) in rapporto al versante sociale, con riferimento secondo il caso ad aspetti religiosi o psicologici [...]. Si tratta comunque di un fenomeno universale, in quanto il potere terapeutico della musica è stato segnalato e utilizzato in tutte le culture» (Lecourt, 1998).

L'etnomusicologia spiega come la trasmissione orale sia stata l'unico mezzo per tramandare la musica nelle culture primitive: prima dell'avvento della scrittura, e anche dopo, non si sentiva l'esigenza di scrivere alcuna notazione musicale; la trasmissione intergenerazionale avveniva mediante sforzo mnemonico, attraverso l'ascolto e l'emulazione.

L'antropologia culturale ha dimostrato come non esista civiltà umana che non si sia interessata a vari livelli della musica e degli effetti del suono sull'uomo: la musica era spesso considerata un dono degli dei e la voce, che era una mera manifestazione della volontà del Divino, veniva associata al suono degli eventi naturali come il rumore del tuono, del lampo, del fruscio delle foglie, dello sciabordio della battaglia.

Molti miti descrivono la nascita dell'universo come esplosione di un suono primordiale; l'essere umano era il principio, intriso della musica del Creatore, che col tempo perse mantenendo solamente la voce; l'uomo canta per ricontattare e per arrivare il più possibile vicino all'Assoluto, per ritrovare il suo centro esistenziale.

Il canto acquista sempre più una valenza importantissima per l'incontro personale con il Divino, col mistero; tutti gli eventi sociali vengono coadiuvati dal suono attraverso preghiere corali, canti, musiche, anche per il tramite di sciamani.

Il canto esprimeva le varie gamme dei sentimenti umani che servivano per adorare o placare la volontà divina, giustificando i propri comportamenti.

Alan Parkhurst Merriam, etnomusicologo statunitense, nella sua *Antologia della Musica* scrive: «la musica ha sempre accompagnato ogni profonda esperienza umana, dal lutto ai festeggiamenti. I popoli se ne sono sempre serviti per esprimere quello che non avrebbero saputo comunicare a parole, ogni tipo di musica serve, infatti, a suscitare, esprimere e manifestare emozioni» (De Monte, 2012).

La musicoterapia

Dal '700 il dott. David Campbell difese l'uso della musica nella pratica medica, specialmente nel trattamento delle malattie nervose e cerebrali, in quanto in grado di rallentare e/o accelerare la circolazione sanguigna, rimuovendo l'eccessiva pressione nel cervello.

Il dott. Borderout raccomandava la musica nei soggetti affetti da apoplezia o per le febbri nervose intermittenti e/o contagiose.

Il primo trattato di musicoterapia risale al musicista Richard Brockesby, che si interessava dell'influenza della musica sulle varie malattie, soprattutto mentali; anche il medico S. Porgeter approfondì il rapporto musica-malattia.

Verso la fine del XIX sec. Carl Stumpf approfondì la psicologia del suono e l'influenza che l'organismo umano subisce attraverso la musica.

Si crea così la base della musicoterapia moderna che si differenzia da quella antecedente perché non si basa su nozioni empiriche o rituali, ma su studi condotti attraverso criteri scientificamente riconosciuti (Ezzu e Messaglia, 2006).

La musicoterapia è dunque una professione intellettuale che utilizza il suono per aprire i canali di comunicazione e implementare i processi di socializzazione per migliorare la qualità della vita.

Si concentra sullo studio e sulla ricerca degli effetti che il suono ha sull'organismo umano e le varie possibilità di cura, prevenzione e riabilitazione in tutti gli ambiti di intervento. La musica veicola emozioni e sensazioni intervenendo attraverso un approccio olistico: la musica, in ambito terapeutico, ha valenza universale poiché difficilmente risulta indifferente all'uomo.

Nel setting terapeutico l'applicazione della musicoterapia rappresenta un beneficio anche per lo stesso terapeuta; facilita l'atteggiamento empatico, migliora le competenze comunicative verbali e non verbali, aiuta ad amare se stessi e il prossimo e a intraprendere una ricerca introspettiva sulla propria conoscenza interiore.

La si può considerare anche una risorsa pedagogica oltreché psicologica avendo essa stessa una pedagogia insita: la musica può essere vista come veicolo d'intrattenimento e di svago e come metodo potentissimo per affinare la sensibilità e la comunicazione. Interessa la medicina in quanto curativa: attraverso i canali sensoriali interviene sui disagi fisici, psicologici, psicopatologici al fine di mantenere e migliorare per quanto possibile la salute, sia tramite incontri individuali che di gruppo ed è applicabile sui bambini, sugli adulti e sugli anziani.

È un linguaggio non verbale che accomuna tutti gli uomini indipendentemente dalla loro razza ed estrazione economica, sociale e religiosa e risulta complementare con altre discipline della medicina tradizionale.

La musicoterapia è una pratica che attraversa la sfera emotiva della persona che è in ascolto: la parola, la musica, il suono, il silenzio possono vincere resistenze che naturalmente si esprimono nei rapporti interpersonali, anche in ambito terapeutico. Occorre tuttavia ricordare che i percorsi terapeutici, per risultare efficaci, devono incontrare la motivazione del soggetto, e le esperienze musicali che ne derivano, come pure i rapporti che si sviluppano, servono come elementi propulsivi, come forze dinamiche che facilitano il cambiamento. Nella musicoterapia ci si concentra sulla globalità della persona e si evita di mettere in primo piano il problema espresso; si favorisce lo sfruttamento di risorse nascoste e si promuove l'integrazione psicologica, emozionale e relazionale anche attraverso il processo creativo nel tentativo di rivalutare, armonizzare e dare maggiore dignità alla propria musica interiore, al proprio diritto di esistere, di esserci.

Secondo Ezzu e Messaglia, il concetto di musicoterapia come disciplina a carattere scientifico si sviluppa verso la fine del XVII sec.: cambia il modo di considerare l'uso della musica per scopi terapeutici; da un'idea magico-religiosa e/o sciamanica a carattere dogmatico si passa a una più scientifica, supportata da concetti razionali.

Il primo trattato di musicoterapia è stato scritto nel 1700 dal medico musicista Richard Brockiesby a Londra e in Italia i primi esperimenti per curare i pazienti con la musica furono condotti da Biagio Gioacchino Miraglia (1814-1885) che introdusse nell'ospedale di Aversa forme embrionali di ergoterapia, di musicoterapia e psicodramma.

La musica applicata alla malattia nasce, con fondamenti scientifici, dal sapere medico.

Le riflessioni della psicoanalisi sulla comunicazione non verbale, l'idea filogenetica di Darwin di una continuità tra comportamento umano e animale rilevabile soprattutto nella persistenza di modelli comportamentali fondati sul non verbale (gesti, espressioni facciali di emozioni) hanno portato a una profonda trasformazione del concetto di terapia fondata sulla musica: «il rapporto organismo- suono rilevava in questo contesto l'esistenza di una relazione molto antica uomo- ambiente, sia sul piano della filogenesi (sviluppo della specie) sia dell'ontogenesi (sviluppo del singolo individuo).

Darwin ipotizzò che una certa qualità musicale della voce esistesse nell'uomo ancor prima della comparsa del linguaggio e che una medesima capacità di emettere suoni fosse presente in gran parte del mondo animale [...] quando la voce è usata da una persona adulta sotto la spinta di forti emozioni, tende ad assumere una qualità musicale che ricorda le prime espressioni preverbalizzate usate durante l'infanzia e simili, per certi aspetti, a espressioni vocali adoperate nel mondo animale» (Robert e Bunt, 2002).

Il contributo dato dalla scoperta dell'inconscio era connesso agli stati primitivi dei livelli ontogenetici e filogenetici; da qui lo sviluppo della concezione che un disturbo mentale possa essere affrontato non solo con l'assunzione di sostanze psicoattive ma anche con il rapporto medico-paziente.

Gli studi indirizzarono l'attenzione sullo sviluppo del neonato e il mondo esterno e lo stretto rapporto con la madre.

Lo sviluppo della musicoterapia come professione clinica si basa sia su risposte fisiologiche dell'organismo determinate da una stimolazione sonora, sia sulla costruzione terapeutica con le sue regole fondamentali.

La necessità di una osservazione scientifica del comportamento è dovuta a un'analisi del rapporto paziente-terapeuta nei suoi aspetti transferali e controtransferali.

Ciò risulta simile anche sul campo della musicoterapia e l'obiettivo principe è quello di capire quanto avviene nella mente di chi ascolta la musica, di chi la esegue e di chi la compone. Le prime applicazioni rudimentali del suono alla malattia risalgono alla fine del XIX sec. - inizi del XX sec. quando venivano invitati negli ospedali musicisti che, suonando, alleviavano le sofferenze dei pazienti; dopo la prima Guerra Mondiale in Gran Bretagna furono istituiti i primi gruppi musicali che avevano il compito di somministrare una terapia sonora per allietare i degenti e nella seconda Guerra Mondiale questa iniziativa fu proposta anche in America del Nord.

Durante queste sedute si notò che l'applicazione musicale, sia registrata che suonata, portava a dei cambiamenti fisiologici macroscopicamente visibili; cambiavano la respirazione, la pressione sanguigna, i riflessi muscolari e anche l'umore delle persone.

Si creò quindi un interesse sempre maggiore riguardo questo fenomeno e si incominciò a studiare questa disciplina fino alla costituzione di scuole di specializzazione ufficiali.

Il primo corso universitario di Musicoterapia si svolse nel 1919 presso la Columbia University, negli USA, e successivamente, solo nel 1944, nello stato del Michigan, venne inaugurato il primo corso quadriennale di specializzazione.

Le ricerche cominciarono a dare i propri frutti e dimostrarono l'efficacia della musica sul soggetto malato.

L'attenzione si concentrava sul processo empatico nella relazione con il soggetto e nell'esplorazione delle emozioni e questa nuova prospettiva di tipo umanistico suggerì l'idea di lavorare con la musica prodotta sia dal terapeuta che dal paziente stesso. La musica e le sue potenzialità sono state prese in esame e studiate con metodi di ricerca specifici sul suono, come la fisica acustica e psico-acustica, per capire come sfruttare al meglio la musica come terapia e delineare la sua efficacia. «Per certi aspetti il problema della ricerca in musicoterapia presenta punti in comune con la ricerca in psicoterapia. In entrambi i casi si osservano e descrivono eventi unici – in quanto l'individuo è unico e diverso in ogni istante – così come è unico e soggettivo l'osservatore e conseguentemente la sua valutazione» (Ezzu e Messaglia, 2006).

Per questa difficoltà si cerca di individuare attraverso il racconto del percorso terapeutico del paziente e mediante il supporto di videocamere, degli elementi che permettano di delineare i processi in maniera più obiettiva possibile cogliendo aspetti comuni e diversità da più osservatori, anche quelli non presenti nel setting terapeutico, evitando un coinvolgimento emotivo che potrebbe condizionare lo studio.

Questo metodo è detto ricerca qualitativa perché permette un approccio descrittivo ma non può analizzare i vissuti profondi del soggetto.

Esistono anche studi statistici e matematici che interessano l'aspetto quantitativo, più complessi ma che danno la possibilità di studiare tramite griglie, protocolli, test i rapporti causa-effetto in relazione a età, sesso, razza, estrazione sociale.

Le diverse scuole di pensiero hanno sviluppato metodi musicoterapeutici diversi con l'obiettivo comune di prevenzione, cura, riabilitazione della persona presa in carico.

Si individuano due tipologie di musicoterapia; la prima è detta musicoterapia recettiva, nella quale vengono usati ausili di riproduzione musicale mediante un ascolto guidato che facilita l'immaginazione, la percezione, la rielaborazione del vissuto emozionale durante la seduta, mediante un confronto verbale. Si basa sull'ascolto di musiche somministrate attraverso stereo, computer e la scelta dei brani viene proposta dal cliente; nel caso di pazienti impossibilitati a decidere per lesioni gravi decide il terapeuta.

La seconda è detta musicoterapia attiva: l'interazione sonora tra cliente e terapeuta avviene mediante l'uso di strumenti musicali per instaurare un dialogo sonoro.

Consiste in un insieme di tecniche assai eterogenee, in quanto fondate in differenti presupposti e appartenenti a diverse scuole di pensiero, che hanno come comune denominatore la manipolazione da parte del paziente, di strumenti musicali o oggetti d'uso comune che possano essere utilizzate per produrre suono, al fine di stabilire una comunicazione e una relazione più profonda e di conseguenza indurre modificazioni e cambiamenti nei pazienti stessi.

In genere le tecniche sono quelle dell'improvvisazione.

Nelle sedute la musica non è mai l'unico elemento, in quanto, entrano sempre in gioco altri canali di comunicazione non-verbale, in particolare quelli legati al corpo e al movimento.

La musica usata in terapia agisce grazie all'espressione sonora: prende in considerazione la salute della persona e mette in primo piano, specialmente nei modelli umanistici e in particolare modo nell'approccio musicoterapico, come primario strumento di lavoro, la relazione.

Sembra una condizione facilmente attuabile, spontanea e semplice da ottenere; tuttavia, per gli approcci umanistici, affinché la terapia sia funzionale, efficiente ed efficace, si deve attuare la base per una buona relazione terapeutica partendo dall'ascolto empatico: il terapeuta deve essere presente nell'*hic et nunc* per creare un solido *rapport*.

Secondo Rogers (1989), «nelle relazioni interpersonali che si propongono come fine lo sviluppo della personalità – siano esse tra terapeuta e paziente tra genitore o figlio o tra insegnante e studente – ci sono tre condizioni fondamentali che creano il “clima” favorevole alla “crescita”, creano cioè i presupposti per l'autorealizzazione: la congruenza, l'accettazione incondizionata e la comprensione empatica».

Se la relazione è ben strutturata durerà nell'arco di tutta la terapia e anche oltre; per creare un rapporto sincero, alieno da secondi fini che esulino dall'approccio terapeutico, è necessario, soprattutto nei momenti più difficili, dare l'esempio con il proprio stile di vita propositivo, credibile; “la credibilità convince”.

La credibilità infatti è un presupposto essenziale del convincimento e si accompagna in questo con il comportamento autentico.

Qualsiasi modo di comportarsi in contraddizione con la vera interiorità di un uomo suona inautentico, falso e forzato.

Dal momento che tenti di dare a intendere qualcosa agli altri, ciò va a detrimento della tua autenticità e quindi a detrimento della credibilità e fiducia.

È un buon rapporto privo di una relazione di fiducia “è assolutamente inconcepibile” (Diemberg, 2013).

L'approccio musicoterapico da molta importanza alla credibilità del terapeuta; è necessario quindi percorrere un processo di autoconoscenza tendente alla verità con lo scopo di avere con l'altro un rapporto ecologico e genuino: «ogni confine del mondo della conoscenza è solo la proiezione della nostra tendenza separativa della mente.

I limiti, le linee di confine di ogni tipo non si riscontrano nel mondo reale, ma solo nell'immaginazione della persona che traccia la mappa» (Cremaschi, Trovesi e Scardovelli, 2005).

L'aspetto più importante nel lavoro musicoterapico è la relazione: senza una sana relazione tutte le prestazioni che si faranno saranno poco efficaci o addirittura inefficienti e controproducenti per il paziente

Se il terapeuta non si è liberato dai propri fantasmi, inoltre, difficilmente potrà aiutare il prossimo, confonderà il cliente creandogli dipendenza, anzi ci saranno delle proiezioni, delle emozioni parassite delle sue sub personalità che inquineranno il rapporto, creeranno false aspettative, alimentando l'aspetto egoico e narcisista del terapeuta, indirizzato, come suggerisce la società odierna, verso falsi miti, verso il potere e la celebrità: «Ci sono tanti livelli di controtransfert, quanti sono i livelli della personalità. Se l'emozione del terapeuta deriva da un suo bisogno carenziale, cioè dall'emergere di una sub personalità, cosa che non si può mai escludere, esprimere quest'emozione non solo è inutile, ma decisamente dannoso per il cliente» (Ghiozzi e Scardovelli, 2003).

Musicoterapia Umanistico Trasformativa (MUT)

In Italia negli ultimi anni sono nate diverse scuole di musicoterapia e, pur seguendo metodologie di insegnamento diverse, hanno in comune la cura della persona; ognuna fa riferimento a uno studioso o a un modello teorico o a una specifica metodologia di intervento che può essere di tipo *psicoanalitico*, *psicosomatico*, *somatico*, *umanistico*.

La MUT è un approccio musicoterapico umanistico nato dall'intuizione e dall'esperienza pluriventennale del Prof. Roberto Ghiozzi; dopo aver svolto la professione di musicista e aver suonato in diverse parti del mondo si è dedicato allo studio della musicoterapia e di altre discipline complementari elaborando nuove proposte innovative sulla cura della persona attraverso la musica e mediante tecniche molto efficaci di relazione.

È nel 1995 che si è sviluppato questo approccio, in seno al Gruppo di Studi di Ricerca della Cattedra di Pedagogia Speciale dell'handicap dell'Università di Verona, di cui il Prof. Roberto Ghiozzi è stato membro dal 1995 al maggio del 2010, anno della dismissione della Cattedra e accreditato presso la Facoltà delle Scienze della Formazione della suddetta Università.

La MUT è un *approccio* in costante evoluzione, aperto a tutte le proposte significative che siano in accordo con i presupposti dell'approccio stesso e che abbiano una valenza positiva sulla presa in carico globale del paziente per implementare l'efficacia dell'intervento terapeutico; si avvale del metodo della *ricerca-azione*, di primaria importanza perché permette di aumentare le conoscenze in molti ambiti di intervento; per questo la si può definire anche una musicoterapia di tipo *sperimentale* che permette una visione olistica, più ampia e globale.

I riferimenti dell'approccio, oltre che le scienze musicali, sono le scienze umanistiche, la pedagogia, la psicologia umanistica, la filosofia, le scienze mediche.

La relazione che si crea nella diade paziente-terapeuta è di tipo circolare: la relazione è trasparente e fornisce una sicurezza al paziente che facilita il processo di evoluzione e auto-realizzazione; questa relazione circolare empatica offre la possibilità di una profonda trasformazione; infatti un obiettivo è incentivare gradualmente, a tappe, la persona alla propria autoconoscenza rispettando i tempi fisiologici di maturazione, senza forzatura alcuna, per portare lo stato-problema allo stato-risorsa, partendo dai vari blocchi emotivi interiori per raggiungere la trasformazione.

Ci si concentra sui valori umani con l'approccio globale alla persona; si basa la relazione sull'ascolto empatico, sulla trasparenza, sul non giudizio, sulla congruenza, sulla coerenza.

È *musicoterapia* in quanto l'intervento terapeutico è basato sul suono, con le musiche, con tecniche originali che ricomprendono anche l'improvvisazione clinica;

- *umanistico* in quanto recepisce le scienze umanistiche, incentrandosi sulla qualità della relazione e sulla esperienza personale del cliente; è amplificata l'importanza della crescita del terapeuta attraverso l'approfondimento di auto ricerca e auto-analisi, che possa diminuire il pericolo di inquinamento delle sub personalità, proiezioni, interpretazioni fuor devianti che possano inficiare la relazione stessa di aiuto;
- *trasformativa* perché promuove i processi ecologici di autorealizzazione e crescita spirituale del soggetto e contemporaneamente anche del terapeuta.

La relazione empatica circolare tra terapeuta e cliente, mediata tra il suono - ritmo - musica, crea un contesto protetto che facilita la crescita della persona e la trasformazione delle proprie ferite.

Si parte dal presupposto (legge della fisica termodinamica), che niente possa essere distrutto, ma solo incanalato in forme ecologiche di espressione e quindi trasformato.

La musicoterapia in ambito residenziale alcolico: un progetto sperimentale

L'approccio musicoterapico è stato introdotto all'interno dei programmi di trattamento per pazienti con problemi alcol correlati presso la Struttura Complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali afferente al Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste con i seguenti obiettivi specifici:

- Favorire il benessere dei partecipanti.
- Avvalorare le potenzialità.
- Rafforzare la consapevolezza del Sé in relazione alla sfera musicale.
- Cogliere l'importanza del suono nell'ambito curativo: musica come elemento sonoro per incrementare l'omeostasi.
- Uso della musica quale veicolo per il dialogo, l'accettazione e la comprensione nell'ambito sociale.
- Favorire il benessere dei partecipanti attraverso l'espressione corporea, vocale e l'uso di strumenti semplici.
- Offrire all'utenza un percorso riabilitativo che tenga conto delle istanze sociali, implementando l'attenzione alla propria essenza.
- Sperimentare attraverso il suono il proprio corpo riscoprendo le proprie potenzialità celate dall'abuso di sostanze alcoliche e/o farmacologiche.
- Migliorare e/o stabilizzare il quadro psico-fisico in particolare riguardo le persone che presentano patologie fisiche e psichiche correlate all'abuso d'alcol.
- Promuovere la motivazione alla cura di sé e delle proprie relazioni di vita per favorire una migliore ed efficace risposta adattiva alla nuova condizione, aumentando la propria autostima.
- Supportare le fasi della disintossicazione dedicando una maggiore attenzione al proprio corpo ed alla gestione della parte emotiva che può essere elicitata più facilmente dai suoni prodotti e/o ascoltati.
- Sostenere la persona nell'ambito delle proprie relazioni familiari e sociali migliorando il rapporto interpersonale verso la rete di supporto e di sostegno.
- Prevenire eventuali decisioni di abbandono prematuro del percorso terapeutico in essere (drop out).
- Valutazione dell'evoluzione del craving nell'arco del percorso.

Materiali e metodi

La cornice è stata il trattamento residenziale per soggetti con PAC (problema alcol correlato), dove l'approccio musicoterapico ha avuto uno spazio settimanale di 2 ore, la domenica, per 6 settimane consecutive, rivolto alle persone in carico al Servizio con un programma in regime di ricovero e di day hospital. La partecipazione ha visto il coinvolgimento di 20 persone.

All'inizio (t_0), a metà (t_1) e a conclusione del percorso (t_2) è stato somministrato un questionario autovalutativo finalizzato ad avere dei rimandi soggettivi rispetto all'esperienza musicoterapica.

Al tempo t_0 , t_1 e t_2 è stata somministrata una scala di valutazione visuale del craving.

Una scheda clinica contenente notizie relative al PAC ed alla terapia farmacologica in atto è stata redatta prima dell'inizio del percorso.

A conclusione, è stata prodotta una relazione, con riferimento a ogni singolo utente, con l'individuazione dell'andamento dell'assunzione delle terapie farmacologiche prescritte, l'evoluzione del craving, e l'eventuale beneficio dell'intervento musicoterapico sul *self-empowerment* e sul benessere generale della persona.

I risultati preliminari basati sulla valutazione esclusivamente qualitativa delle dimensioni e degli item osservati suggeriscono ulteriori approfondimenti ed aprono degli spiragli per una prospettiva di trattamento del problema alcol correlato in ambito residenziale che si avvalga del contributo della musicoterapia.

Bibliografia

- Cremschi Trovesi G., Scardovelli M. (2005). *Il suono della vita: musicoterapia fra famiglia, scuola, società*. Roma: Armando.
- De Monte T. (2012). *La musica. Linguaggio dei cieli*. Tavagnacco: Edizioni Segno.
- Diengerg T. (2013). *Economia e spiritualità, Regola francescana e cultura d'impresa*. Tr. it. Bologna: Edizioni Dehoniane.
- Ezzu A., Messaglia R. (2006). *Introduzione alla musicoterapia: storia, fondamenti, modelli, applicazioni cliniche, glossario*. Torino: Musica Pratica.
- Ghiozzi R., Scardovelli M. (2003). *La musica nel passaggio luminoso: musicoterapia con malati terminali*. Roma: Borla.
- Lecourt E. (1998). *La musicoterapie*. Paris: Presses Universitaires de France. Tr. it. *La musicoterapia*. Assisi: Cittadella Editrice, 1999.
- Robert C., Bunt L. (2002). Musicoterapia. In: *Enciclopedia della musica. Il suono e la mente*, vol. IX. Torino: Einaudi, pp. 419-439.
- Rogers C. (1989). *Client Centered Therapy*. Tr. it. *La terapia centrata sul cliente*. Molfetta: Edizioni la Meridiana, 2007.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Maestro Franco Trisciuzzi Cuccas in arte "Toro" per aver contribuito alla realizzazione del progetto.

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



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

Sviluppo di empowerment nella popolazione detenuta. L'efficacia dei gruppi informativo-motivazionali all'interno della Casa Circondariale di Bergamo Analisi del triennio 2015-2017

Consuelo Busetti*, Adriana Cattaneo**, Maria Pia Gotti**, Micol Vecchio***,
Nicole Previtali****, Elisabetta Bussi^o, Latifa El Brichi^{oo}, Marco Riglietta^{ooo}

SUMMARY

■ *The article describes the three-year experience in the development of educational information groups within the Casa Circondariale of Bergamo. This initiative, initially designed to convey information on social and health activities inside the prison, highlighted how the group can become an instrument of empowerment for the population in prison. In fact, the group has become not only an information tool but a proactive, propositive and critical review hearing and has made it possible to improve the adequacy of the requests that come to the health-care staff.* ■

Keywords: *Empowerment, Criminal justice system, Health system, Prisoners, Addiction.*
Parole chiave: *Empowerment, Sistema giudiziario, Sistema socio-sanitario, Dipendenza.*

Introduzione

L'esperienza avviata nel 2015 e ripetuta nel 2016, è diventata attività consolidata stante la presenza di indicatori positivi.

In questi tre anni si sono contestualmente avute profonde modifiche dell'assetto organizzativo della Sanità Lombarda e conseguentemente all'interno della casa circondariale di Bergamo.

Nel 2015 operavano due organizzazioni distinte: l'ASL attraverso il servizio delle dipendenze, con l'equipe multidisciplinare per il trattamento della popolazione con disturbi da dipendenza e la AO Papa Giovanni XXIII per quanto riguarda il complesso delle attività sanitarie.

La LR 23 del 2015 ha riportato all'interno della nuova ASST Papa Giovanni XXIII il complesso delle attività una volta distinte fra attività sanitarie (competenza dell'azienda ospedaliera) e attività sociosanitarie (competenza ASL).

Dopo la riforma sanitaria tutte le competenze sulla popolazione detenuta fanno riferimento all'ASST Papa Giovanni XXIII.

* Psicologa Ser.D. carcere, Bergamo.

** Coordinatrice infermieristica.

*** Medico Ser.D. Carcere, Bergamo.

**** Assistente Sociale Ser.D. Carcere, Bergamo.

^o Responsabile UOS Ser.D. Carcere, Bergamo.

^{oo} Mediatrice culturale Carcere, Bergamo.

^{ooo} Direttore UOC Dipendenze, Bergamo.

Con la prima progettazione del 2015, si è avviato quindi il primo processo di integrazione fra gli operatori delle due Aziende che hanno attivato congiuntamente il progetto dei gruppi informativo-motivazionali.

La valutazione positiva dei primi due anni si è poi integrata con alcune considerazioni di tipo istituzionale, di contesto e di tipo clinico che hanno portato a ripetere l'iniziativa per il terzo anno consecutivo nel 2017.

In particolare:

- La specificità della Casa Circondariale comporta un alto turnover di detenuti e la conseguentemente necessità di ripetere l'attività per raggiungere nuovi utenti.
- L'utilizzo dell'incontro con i detenuti funge come strumento di analisi dei bisogni considerata anche la poliedricità degli stessi e la relativa complessità nel conoscerli ed esprimerli.
- L'utilizzo dell'incontro con i detenuti come strumento di analisi dei bisogni dal punto di vista multidimensionale e multi-professionale comporta un'elaborata organizzazione che tenga conto di una rotazione degli interventi specifici di ogni professione.

Obiettivi

1. Promuovere una partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini in regime di detenzione nei confronti dei corretti stili di vita, nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica (art. 2 LR 23/15).

2. *Sviluppare un'attività di prevenzione secondo le linee guida della World Health Organization (17 e 18) e le indicazioni del NIAA (19).*
3. In particolare riguardo alla prevenzione alcolica e al tema delle life skills.
4. *Sviluppare un'attività di prevenzione di tipo secondario indirizzata a una tipologia di utenza presenta una significativa incidenza di patologie e fragilità.*
5. *Sensibilizzare e promuovere un processo di consapevolezza rispetto ai problemi di salute generale e in specifico alla dipendenza patologica.*
6. *Introdurre strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni e delle modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni socio sanitarie e sociali integrate (art. 3 LR 23/15) al fine di meglio soddisfare i bisogni dell'utente e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane.*
7. *Facilitare il livello di comunicazione intergruppo e intra-gruppo.*
8. *Informare riguardo alle modalità di accesso alle misure alternative per facilitare un'efficace costruzione di percorsi ad hoc.*
9. *Promuovere e stimolare il confronto e la collaborazione del lavoro multidisciplinare all'interno del carcere fra i diversi operatori.*

Premessa e preparazione degli interventi

Gli incontri hanno tendenzialmente privilegiato l'utilizzo di una metodologia di partecipazione attiva con la modalità di svolgimento delle attività con disposizione a cerchio da parte dei partecipanti.

La modalità adottata ha permesso e favorito l'ascolto attivo e partecipato.

Per specifici temi ci si è avvalsi della proiezione di presentazioni di documenti in formato powerpoint e della distribuzione di materiale informativo.

Tempi o fasi: incontri con i detenuti

Gli incontri si sono svolti direttamente nelle Salette ristoro/società delle diverse sezioni detentive, in un ambiente in cui i detenuti si sentivano maggiormente a proprio agio.

Il gruppo è stato selezionato dal personale della Polizia Penitenziaria, secondo criteri riconducibili alla sicurezza e su indicazioni date dagli operatori della Azienda Sociosanitaria.

Nella predisposizione dell'elenco dei partecipanti si sono tenute in considerazione le richieste volontarie.

L'invito alla partecipazione è stato stabilito in un numero massimo per ogni incontro di circa 30 detenuti, con o senza problemi di dipendenza, estendendo l'invito anche alla a tutto il personale dell'Istituto.

Gli incontri avevano durata di due ore, dalle 14.00 alle 16.00, e, in media, ne sono stati organizzati sei all'anno.

I temi affrontati sono stati diversi: l'organizzazione e la gestione ambulatoriale dei servizi, l'igiene dentale, i programmi di cura, prevenzione e riabilitazione delle dipendenze patologiche, il reinserimento sociale e lavorativo, le misure alternative al carcere, gli interventi rivolti al percorso di accoglienza del nuovo giunto, i corretti stili di vita e le *Life Skills*.

Uno spazio particolare è stato riservato all'illustrazione di progetti di prevenzione e di continuità assistenziali alla scarcerazione.

Descrizione dettagliata degli interventi 2017

Primo incontro

Temati trattati

Prassi operative legate alla presa in carico da parte del servizio delle Dipendenze illustrando le figure professionali coinvolte e gli strumenti utilizzati, evidenziando la sinergia del lavoro da parte di tutte le UO presenti in Istituto.

Presentazione del modello della *Scheda di Accoglienza* utilizzata dai professionisti della *Medicina Penitenziaria* al momento dell'accoglienza del Nuovo Giunto in Istituto elaborato congiuntamente dai vari servizi dedicati.

Presentazione del Progetto "*Esci in Sicurezza*" elaborato e completato l'anno precedente e rivolto all'utenza in carico al SERD in fase di dimissione con lo scopo di favorire la continuità clinico-assistenziale oltre che di effettuare interventi di prevenzione per soggetti scarcerati "in condizione di fragilità".

Nello specifico si tratta di un progetto che prevede la selezione dei detenuti in procinto di essere liberati e della consegna di *kit informativi* sui servizi socioassistenziali e di cura, materiale per la prevenzione delle overdoses, materiale specifico per la prevenzione delle infezioni droga-correlate e le malattie a trasmissione sessuale.

Secondo incontro

Temati trattati

- Presentazione generale del progetto a cura della Coordinatrice Infermieristica sulle modalità organizzative/gestionali ambulatoriali relative ai bisogni clinico-terapeutici dei detenuti.

- Spiegazione inerente all'esecuzione degli esami tossicologici, in particolare sottolineando l'opportunità, ai fini diagnostici di una segnalazione tempestiva ai servizi dedicati da parte del detenuto dell'utilizzo pregresso di sostanze stupefacenti.

Terzo incontro

Tema trattato

In coincidenza con la Giornata mondiale di sensibilizzazione sulla Sindrome fetto-alcolica e i disturbi correlati (Fasd, International Fetal Alcohol Spectrum Disorders) anche il carcere ha partecipato all'iniziativa promossa dalla nostra Azienda in collaborazione con altri enti ed associazioni del territorio.

Nell'ambito delle iniziative promosse, lunedì 18 settembre si è svolto l'incontro nella sezione femminile alla presenza della quasi la totalità delle detenute.

È stata presentata l'iniziativa distribuendo il materiale informativo prodotto dall'Azienda.

L'iniziativa attuata nella Casa Circondariale di Bergamo si è articolata sul livello specifico della prevenzione diretta alla popolazione generale.

Attuato quindi un'attività di sensibilizzazione sulla necessità di rinunciare all'alcol in gravidanza. Gli argomenti su cui il medico ha insistito sono stati: i pericoli per il nascituro, l'assunzione di responsabilità da parte di partner e familiari, l'uso di un contraccettivo efficace per le donne sessualmente attive e dedite all'alcol (poiché potrebbero rimanere incinta e non saperlo per varie settimane ed oltre).

Si è rinnovata in tal modo un'iniziativa nazionale per il secondo anno consecutivo con la finalità di ribadire l'inclusione della popolazione detenuta all'interno nella popolazione generale.

Anche quest'anno si sono utilizzati i social network per la condivisione dell'esperienza attraverso le foto degli operatori e l'uso del materiale informativo.

Quarto incontro

Temi trattati

- Presentazione delle attività di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta da parte della Coordinatrice Infermieristica.
- Presentazione delle attività specialistiche Ser.D. da parte del responsabile Ser.D.
- L'assistente sociale Ser.D. ha affrontato il tema dei requisiti legali e clinici necessari per accedere alle misure alternative regolamentate dal DPR 309/90 per detenuti con problemi di dipendenza, la funzione centrale nel raccordo degli interventi della rete dei servizi socio-assistenziali territoriali, delle Comunità terapeutiche, della Magistratura di Sorveglianza, dell'UEPE, dei legali, dei familiari e delle Associazioni di Volontariato con l'obiettivo di evidenziare i fattori di rischio e quelli protettivi del percorso di riabilitazione al reinserimento sociale anche ai fini della prevenzione delle ricadute.
- La psicologa Ser.D. ha esposto le *Life skills* in particolare: lo sviluppo di un pensiero critico, lo sviluppo del pensiero creativo, delle capacità decisionali, il problem solving, le capacità di relazioni personali, lo sviluppo di capacità empatiche, l'autoconsapevolezza, e la capacità di gestire emozioni.

Quinto incontro

Temi trattati

La psicologa Ser.D. ha affrontato l'argomento delle *Life skills* come sopra descritto.

- La responsabile Ser.D. ha presentato le prassi operative legate alla presa in carico dell'utente al servizio delle dipendenze illustrando le figure professionali coinvolte e gli strumenti utilizzati, evidenziando la sinergia del lavoro da parte di tutte le UO presenti in Istituto.
- La Coordinatrice Infermieristica ha effettuato una presentazione generale dell'organizzazione e gestione ambulatoriale dei servizi e dei programmi di cura, prevenzione e riabilitazione.

Sesto incontro

Temi trattati

- Il primo intervento ha riguardato la presentazione generale dell'assistenza sanitaria al detenuto a cura della Coordinatrice infermieristica.
- Il secondo intervento, a cura dell'assistente sociale, ha affrontato il tema dell'accesso alle misure alternative regolamentate dal DPR 309/90 oltre alle attività di rete. Abbiamo puntato su questo argomento con la finalità di migliorare la qualità di accesso alle misure alternative attraverso l'attivazione di percorsi maggiormente condivisi e consapevoli.
- Nel terzo intervento si è affrontato il tema del Disturbo da Gioco d'Azzardo, in particolare il concetto di dipendenza, la dimensione normale del gioco, la dimensione patologica del gioco, le distorsioni cognitive legate al gioco, le classificazioni inerenti al tipo di gioco e tipo di giocatori e le relative comorbilità.

Questionario di gradimento

Al termine degli incontri ai detenuti è stato sottoposto un questionario di gradimento, tradotto anche in lingua araba vista l'alta percentuale di detenuti stranieri dell'area del Magreb per migliorare l'attività in essere (nella Casa Circondariale di Bergamo poco meno del 50% della popolazione detenuta è di origine straniera, e di questa il 30% appartenente all'area del Maghreb, in linea con il dato nazionale e lombardo).

Il Questionario era costituito da una prima parte di domande inerenti al gradimento dei partecipanti al corso e valutabili con una Scala Likert, una seconda parte costituita da alcune domande aperte in modo da offrire l'opportunità per eventuali suggerimenti.

Conclusioni

1. Il corso si è rivelato innanzitutto uno strumento efficace di rilevazione dei bisogni. I detenuti hanno espresso molteplici bisogni, quali:
 - a) l'essere informati su questioni di salute e sui percorsi di diagnosi e cura;
 - b) l'essere messi nella condizione di poter condividere attivamente e responsabilmente le questioni anche di carattere personale che loro vivono come critiche nel loro percorso;
 - c) avere maggiori spazi dedicati a un supporto e a un ascolto delle loro esigenze.
2. La partecipazione dei detenuti: i partecipanti a ogni incontro sono stati in media 20-30 persone. Occorre tenere conto che nelle sezioni "piccole" i detenuti si aggirano intorno ai 20-30 elementi, mentre nelle sezioni "grandi" intorno ai 50-60 elementi. Quando le richieste erano superiori alle 30 unità si è valutato e operato per organizzare due incontri per singola sezione. Per le sezioni piccole si è registrata anche la presenza della totalità dei ristretti per sezione, fermo restando la compresenza con altre attività istituzionali (attività teatrali, attività scolastiche, lavorative, colloqui di varia natura...). Questo dato è anche indicativo di una tenuta dell'indice di gradimento lungo il periodo medio-lungo del triennio.
3. La qualità della partecipazione è stata attiva e proficua: molti partecipanti hanno portato le loro esperienze e dato spunto agli operatori per rafforzare gli stessi contributi. Questo ha permesso di ampliare gli strumenti di analisi dei bisogni dell'utente detenuto: il team integrato *Dipendenze-Sanità Penitenziaria* ha elaborato e presentato un nuovo modello di scheda di accoglienza da utilizzare durante il primo contatto con la persona all'ingresso in carcere.
4. L'organizzazione e gestione del gruppo è servita anche a raggiungere una maggiore integrazione e condivisione operativa tra Ser.D. e la "Sanità Penitenziaria", ma anche con gli altri operatori dell'amministrazione penitenziaria (polizia ed area educativa). Si può dire lo stesso riguardo al rapporto con la rete di operatori del carcere. Tutto ciò è in perfetta sintonia con le indicazioni della *Legge Regionale 23/2015* e le successive *Delibere Regionali X/6164 del 30-1-17* e *X /6551 del 4 Maggio 2017* in merito alla "*Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili*".
5. Aver affrontato la tematica specifica del disturbo da gioco d'azzardo, ha portato ad un incremento, sia pur lieve, del numero di detenuti presi in carico per questo problema.
6. All'interno di una complessa progettazione di attività di servizio finalizzate ad hoc si è registrato un significativo incremento delle scarcerazioni per accesso all'ex art. 94 DPR. 309/90 (nella misura di un aumento del 49% dall'anno 2016 all'anno 2017).
7. Una rilevazione e una registrazione dei bisogni dell'utenza che ha aiutato a contenere le tensioni e le criticità correlate al contesto detentivo.

Questa esperienza ci ha fatto confermare l'importanza della nostra ipotesi iniziale riguardo all'importanza di svolgere un'attività di prevenzione nel pianeta carcere ricettacolo di bisogni poliedrici e fragilità diffuse e croniche concentrate.

QUESTIONARIO CUSTOMER SATISFACTION استمارة درجة رضی المستعملين

لقاءات لتكوين وتقديم المعلومات موجبة للسجناء - INCONTRI FORMATIVI - INFORMATIVI RIVOLTI AI DETENUTI

GRADO DI SODDISFAZIONE درجة الرضاء		
Quale è stato globalmente il livello di gradimento dell'iniziativa? مدى درجة قبول هذه المبادرة بصفة عامة ؟		
		
GLI INTERVENTI HANNO LO SCOPO DI INFORMARE E CHIARIRE COME EFFETTUARE LE RICHIESTE AL FINE DI SODDISFARE I VOSTRI BISOGNI الغرض من هذه التدخلات هو تقديم المعلومات وتوضيح كيفية تقديم الطلبات لأجل تلبية احتياجاتكم		
In che misura è stato raggiunto l'obiettivo? إلى أي مدى تم تحقيق هذا الهدف؟		
		
ABBIAMO ANCHE LO SCOPO DI SENSIBILIZZARE AI PROBLEMI DI SALUTE GENERALE E DI DIPENDENZA نهدف أيضا إلى رفع مستوى الوعي بالمشاكل الصحية والإدمان		
In che misura è stato raggiunto l'obiettivo? إلى أي مدى تم تحقيق هذا الهدف؟		
		
PENSI DI ESSERE STATO AIUTATO AD AFFRONTARE E/O MIGLIORARE IL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO CHE HAI IN CORSO ? تعتقد أنه تمت مساعدتك لمواجهة وتحسين برنامج العلاج الذي أنت في حيز تتبعه؟		
		
CHIAREZZA ESPOSITIVA وضوحية		
الخدمات المعروضة		
Hai avuto difficoltà nella comprensione dell'intervento? هل وجدت صعوبة في فهم التدخل؟		
SI نعم	NO لا	
SUGGERIMENTI PER ULTERIORI INCONTRI INFORMATIVI (risposte libere) ملاحظات واقتراحات من أجل اللقاءات الأخرى (حرية الأجوبة)		
grazie per la collaborazione شكرا لتعاونكم		

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2015). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM 5*. Milano: Raffaello Cortina .
- Bion W. (2013). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando .
- Blaszczynsky A., Nower L. A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97: 487-499.
- Del Rio G., Luppi M. (2010). *Gruppo e relazione d'aiuto. Saperi, competenze, emozioni*. Milano: FrancoAngeli.
- De Rosa M.G.L., Stanza G., Sanguigni A. (2014). *L'alcolismo femminile. Un'analisi psicologica e fenomenologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero della Salute Roma (2009). *Misure e azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti*. Linee di indirizzo per la determinazione e applicazione LEA, 9 giugno.
- Giuffrida M.P., Palumbo M. (a cura di) (2004). *La pena dell'alcol. Una ricerca azione sull'efficacia dell'intervento sociale delle misure alternative*. Milano: FrancoAngeli.
- Jones K.L., Smith D.W., Ulleland C.N., Streissguth P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic women. *Lancet*, 1: 1267-1271.
- Ladouceur R., Sylvain C., Doucet C. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo: vincere il gambling*. Ed. it. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Lemoine P., Housseau H., Borteyru J.P., Menuet J.C. (1968). Les enfants des parents alcooliques: anomalies observées a propos de 127 cas. *Quest Medical*, 21: 476-482.
- Kurt L. (2011). *Teoria dinamica della personalità*. Firenze: Giunti Editore.
- Mastromarino R. (2013). *La gestione dei gruppi. Le competenze per gestire e facilitare i processi di gruppo*. Milano: FrancoAngeli.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1993). *Life skills in schools*.
- Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati: anno 2016.
- Scafato E., Russo R., *Dossier alcol donna e salute*, 2014.

- Serpelloni G. "Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione". Dipartimento Politiche Antidroga, Roma.
- World Health Organization (WHO). Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe 2012. Traduzione Italiana a cura del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Problems e Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità 2013.
- World Health Organization (WHO). Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy: rapid review and case studies from Member States.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA). "Dietary Guidelines for Americans 2015-2020" U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture.

Riferimenti legislativi

- Legge 26 luglio 1975 n. 354 Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà
- Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
- DPR 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.

Riferimenti dal Web

- Tabella: 1. Misure alternative alla detenzione - Revoche I Semestre 2017
2. Detenuti stranieri presenti - aggiornamenti disponibili al 28 febbraio 2018 all'indirizzo www.giustizia.it/giustizia/it_mg_1_14_11.page?contentId=SST99014&previousPage=mg_1_14.

La gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero: il documento di indirizzo della Regione Veneto

Matteo Corradin*, Mauro Cibirin**, Gerardo Favaretto***, Bruno Forti****, Carolina Prevaldi°, Lorenzo Rossetto°, Diego Saccon°°, Tommaso Maniscalco°°°, Francesco Bortolan^, Claudio Pilerci^^, Domenico Mantoan^^^

Secondo il "Rapporto Salute Mentale – Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)", relativo all'anno 2015 e pubblicato a dicembre 2016 a cura del Ministero della Salute, vi sono stati su tutto il territorio nazionale 585.000 accessi presso il Pronto Soccorso; di questi, 39.669 sono stati per "Alcolismo e Tossicomanie" ed hanno esitato in un ricovero in 3.750 casi (36,9% in Psichiatria, 35,6% in Medicina Generale, 3,8% in Pediatria, 1,9% in Neurologia, 0,6% in Chirurgia generale e 21,2 % in altri reparti).

L'urgenza legata all'uso di sostanze è dunque un aspetto importante della pratica clinica considerando come l'impegno necessario in queste situazioni sia superiore a quello evidenziato dal semplice dato numerico.

Spesso si tratta di situazioni di difficile gestione per le problematiche comportamentali e relazionali e per la difficoltà a dirimere quadri clinici in cui l'azione delle sostanze si somma ai disturbi mentali e di personalità e/o a situazioni organiche complesse.

* *Responsabile del Centro Regionale Sicurezza del Paziente – Regione Veneto.*

** *Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 3 "Serenissima" – Regione Veneto.*

*** *Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS n. 2 "Marca Trevigiana" – Regione Veneto.*

**** *Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS n. 1 "Dolomiti" – Regione Veneto.*

° *Risk Manager dell'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale" – Regione Veneto.*

°° *Direttore del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS n. 7 "Pedemontana" – Regione Veneto.*

°°° *Direttore ad interim del Servizio per le Dipendenze dell'Azienda ULSS SS n. 4 "Veneto Orientale" – Regione Veneto.*

°°°° *Direttore U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria – Regione Veneto.*

^ *Responsabile del Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatezza, Liste d'Attesa e Sicurezza del Paziente – Regione Veneto.*

^^ *Direttore Direzione Programmazione Sanitaria – Regione Veneto.*

^^^ *Direttore Generale Area Sanità e sociale - Regione Veneto.*

Nei reparti psichiatrici vi è la diffusa percezione di carenza di *know how* diagnostico terapeutico e gestionale in tema di uso di sostanze cui si somma la sensazione che l'intervento su questo tipo di pazienti non sia sintonico con la *mission* della psichiatria stessa e che sussista una scarsa collaborazione del personale sanitario dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) nella gestione dell'urgenza e del ricovero.

D'altro canto da parte dei Ser.D si sottolinea come l'attuale organizzazione sanitaria non preveda tra i compiti degli stessi la gestione dei ricoveri e dell'urgenza e che la valutazione di questi aspetti costituirebbe una deviazione dalla *mission* fortemente territoriale e riabilitativa di tali Servizi.

La problematica del ricovero in ospedale dei soggetti con disturbi correlati all'uso di sostanze si salda con quella del ricovero e della gestione in ospedale di pazienti con disturbi del comportamento essendo noto, infatti, come l'uso di sostanze sia spesso alla base della slatentizzazione di comportamenti violenti ed incongrui sia in soggetti con un concomitante disturbo mentale che in caso di intossicazione acuta.

Spesso i pazienti che giungono al ricovero ospedaliero per disturbi correlati all'uso di sostanze non sono conosciuti ai Servizi territoriali e non sono seguiti per lo specifico problema.

In molti casi si tratta di soggetti in cui la consapevolezza di malattia e la motivazione al trattamento sono assenti o assai labili ed il ricovero ospedaliero può essere pertanto un momento di aggancio ed avvio ai programmi di trattamento e riabilitazione.

In conclusione, la degenza del paziente affetto da disturbi correlati all'uso di sostanze è spesso fonte di criticità sia di tipo diagnostico-terapeutico che di tipo organizzativo-gestionale e tale tipologia di pazienti è più a rischio di essere vittima o di generare eventi avversi rispetto ad altre.

Per tale motivo, al fine di aumentare ulteriormente la sicurezza e la qualità delle cure delle strutture sanitarie e di garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio, è stato redatto un documento di indirizzo regionale relativo alla "Gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero" che viene di seguito riportato.

1. PREMESSA

Il tema dei disturbi correlati all'uso di sostanze¹ è diventato negli anni sempre più articolato e multiforme interessando una fascia di popolazione che va dall'età pediatrica a quella geriatrica oltretché situazioni particolarmente delicate quali la gravidanza ed il puerperio, rendendo necessario un approccio specialistico multidisciplinare in grado di approntare, a livello aziendale, un'organizzazione adatta alla sua complessità.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi correlati all'uso di sostanze avviene di norma in ambito territoriale tramite la presa in carico del paziente da parte del Dipartimento per le Dipendenze.

Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, dati di letteratura internazionale^{2,3} indicano che lo stesso sia un'evenienza frequente nel paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze.

Nel panorama nazionale, in riferimento al periodo 2009-2011, i dati di letteratura⁴ evidenziano che le dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi in cui siano citate "uso di droghe" o "intossicazioni" sono state 45.379 e le diagnosi erano associate alle seguenti condizioni morbose:

- ✓ disturbi mentali tra i quali disturbi di personalità (19,4%), dipendenza da alcol (8,3%), psicosi affettive (10,7%), disturbi nevrotici (7,7%) e schizofrenia (4,9%);
- ✓ malattie infettive tra le quali disturbi HIV correlati (7,8%) ed epatite virale (11,4%);
- ✓ avvelenamenti da xenobiotici tra i quali analgesici-antipiretici-antireumatici (2,3%) e agenti psicotropi (1,4%);
- ✓ altre condizioni tra le quali emicrania (12,8%), cirrosi ed altre malattie croniche del fegato (6,3%), epilessia (1,7%), bronchite cronica ed altre malattie polmonari (4%) ed ipertensione arteriosa (3,1%).

¹ Nel presente documento la dizione "uso di sostanze" include anche l'uso di alcol. Si precisa che a livello governativo sono prodotte due distinte relazioni: la "Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 - legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" e la "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" redatta dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

² Walley AY et al. Acute care hospital utilization among medical inpatients discharged with a substance use disorder diagnosis. J Addict Med. 2012 Mar;6(1):50-6.

³ Reynolds T et al. Problem based review: alcohol-use disorders on the Acute Medical Unit. Acute Med. 2012;11(2):101-6. Review.

⁴ Burgio A, Grippo F, Pappagallo M, Crialesi R Hospitalization for drug-related disorders in Italy: trends and comorbidity Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1.

Per quanto riguarda i disturbi correlati all'uso di alcol⁵ il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano diagnosi, totalmente alcol attribuibili, come diagnosi principale di ricovero o come diagnosi secondarie ammonta, nel 2013, a 63.666.

Le tipologie diagnostiche prevalenti sono le epatopatie alcoliche (46,3%), dipendenza o abuso di alcol (39,3%), cirrosi epatica alcolica (39,6%) e sindromi psicotiche indotte dall'alcol (4,9%).

Inoltre, evidenze di letteratura^{6,7,8,9,10} dimostrano che patologie croniche di tipo infettivo, metabolico e degenerativo affliggono tale tipologia di pazienti con frequenza superiore rispetto alla popolazione generale.

I ricoveri in caso di intossicazione, astinenza ed altre situazioni direttamente correlate all'uso di sostanze avvengono principalmente in ambito chirurgico, internistico e psichiatrico a differenti livelli di intensità di cura.

Il presente documento di indirizzo, pur essendo specificatamente rivolto all'ambito ospedaliero, può essere un utile riferimento, in base ai singoli contesti organizzativi, anche per le strutture extra-ospedaliere delle "Aziende Sanitarie", intendendo con tale definizione le Aziende sanitarie pubbliche e le strutture sanitarie private accreditate.

2. INTRODUZIONE

La Relazione al Parlamento "*Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenza in Italia - 2014*",¹¹ a cura del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, evidenzia che il 64% dei soggetti con necessità di cura per disturbi correlati all'uso di sostanze non è mai entrato in contatto con strutture sociosanitarie dedicate al trattamento di tale condizione. Analogamente, la "*Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 N. 125. Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*" (2014)" del

⁵ Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" anno 2014.

⁶ Mathers BM et al for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use www.thelancet.com Published online September 24, 2008 DOI:10.1016/S0140-6736(08)61311-2.

⁷ Nelson P et al. The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews. *Lancet*. 2011 August 13; 378(9791): 571–583.

⁸ Crews FT et al. Alcohol-induced neurodegeneration: When, where and why? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28(2):350–364, 2004.

⁹ Jarvis CM et al. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in alcohol and nicotine-dependent men and women. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Nov-Dec;22(6):429-35.

¹⁰ Virmani A et al. Metabolic Syndrome in drug addiction, *Ann N Y Acad Sci* 2007 Dec; Vol. 1122, pp. 50-68.

¹¹ <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx>.

14.12.2012 riporta che il numero di soggetti con disturbi correlati all'uso di alcol seguiti da servizi specifici è circa un decimo rispetto al potenziale fabbisogno e che, in molti casi, tali soggetti non sono noti alle strutture sanitarie⁵ evidenziando, pertanto, la necessità di un coinvolgimento del Dipartimento per le Dipendenze al fine di garantire la continuità terapeutica sia dei pazienti già seguiti, sia di quelli individuati durante il ricovero.

Gli errori diagnostici nell'ambito del "*drug reaction and overdose*" sono stimati attorno al 4,6% di tutti gli errori diagnostici e sono fra i più rappresentati in campo medico.¹²

Inoltre, la degenza del paziente affetto da disturbi correlati all'uso di sostanze è spesso fonte di criticità sia di tipo diagnostico-terapeutico che di tipo organizzativo-gestionale¹³ e, pertanto, tale tipologia di pazienti è più a rischio di essere vittima o di generare eventi avversi rispetto ad altre.

Premesso quanto sopra, è opportuno che le Aziende sanitarie affrontino, nella loro organizzazione, gli aspetti peculiari e specifici relativamente alla gestione del rischio e alla sicurezza in tale tipologia di pazienti.

3. IL RUOLO DELLA DIREZIONE AZIENDALE

La direzione aziendale, con affidamento dell'attività organizzativa al Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente (RFSP) ex DGR 1831 del 1.7.2008, promuove gli obiettivi di seguito elencati.

- ✓ Definisce le risorse per l'attuazione degli interventi di prevenzione ed identifica i responsabili dell'attuazione di una procedura aziendale relativa al presente documento di indirizzo.
- ✓ Prevede iniziative di sensibilizzazione alla segnalazione dell'evento avverso occorso in regime di ricovero ospedaliero di paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze.
- ✓ Prevede la formazione specifica per il personale più a contatto con il paziente a rischio.
- ✓ Realizza un sistema di rilevazione dei casi con disturbi correlati all'uso di sostanze dimessi dai reparti di degenza, realizzando, se del caso, un report annuale sulle azioni di miglioramento effettuate e i risultati raggiunti con riferimento alla gestione della sicurezza in relazione agli eventuali eventi avversi occorsi in tale tipologia di pazienti.

¹² Schiff GD et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009 Nov 9;169(20):1881-7.

¹³ Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. Lancet. 2009 Oct 10;374(9697):1284-93. Review

4. CONTENUTI DELLA PROCEDURA AZIENDALE

Si riportano di seguito i requisiti ritenuti indispensabili per la redazione di una procedura aziendale circa la gestione di pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze.

4.1 *Ambiti di applicazione*

All'interno dell'Azienda sanitaria la procedura aziendale è adottata con priorità per le aree considerate a più alto rischio potenziale individuate nel contesto di ogni Azienda sanitaria a seguito di analisi specifica.

4.2 *Azioni volte alla valutazione e prevenzione del rischio*

Ai fini della valutazione e della prevenzione del rischio nei pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero sono considerate le diverse fasi nelle quali il paziente si trova nel percorso di diagnosi e cura, con specifico riferimento alla fase di accoglienza, alla fase di degenza e alla fase di dimissione, di seguito discusse in relazione alle singole peculiarità e agli interventi preventivi da porre in essere in ognuna di esse. Vi è, infatti, la necessità di assicurare interventi efficaci nell'ambito della continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero ospedaliero, garantendo la continuità terapeutica e la sicurezza dei trattamenti.

Dati di letteratura¹⁴ indicano che il personale sanitario frequentemente non riconosce il paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze e questo può portare a conseguenze rilevanti e può rappresentare una perdita di opportunità di trattamento o di una adeguata valutazione dei rischi.

Le abilità necessarie al coinvolgimento dei pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze richiedono la comunicazione empatica, l'approccio non giudicante, un'attitudine collaborativa, il mantenimento della confidenzialità, tutti aspetti che migliorano i risultati nell'ambito del trattamento.¹⁵

Inoltre, secondo dati di letteratura,¹³ la qualità dell'alleanza terapeutica è ostacolata anche da pregiudizi stigmatizzanti del personale sanitario.

Per questo, ad esempio, la raccolta dell'anamnesi per essere efficace deve essere svolta in ambiente che rispetti i criteri di privacy.

¹⁴ Miller NS et al. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med.* 2001 May;76(5):410-8. Review.

¹⁵ Simpson DD et al. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1997 Sep 25;47(3):227-35.

Vi sono infine robuste evidenze di letteratura che interventi di *counseling* breve possono essere efficaci nel ridurre il consumo di sostanze psicoattive ed i comportamenti violenti correlati.^{16,17,18}

4.2.1 Fase di accoglienza, diagnosi e inquadramento

In tutti i casi di pazienti con il sospetto diagnostico di disturbi correlati all'uso di sostanze vanno effettuati:

- ✓ valutazione e inquadramento del paziente, inclusi esami ematochimici, tossicologici ed alcolemia; ove si riscontrino quadri sintomatologici atipici è opportuno richiedere una consulenza ad un centro di secondo livello secondo i protocolli aziendali vigenti;
- ✓ verifica anamnestica e/o documentale di pregressi contatti con il Dipartimento per le Dipendenze;
- ✓ una valutazione di una concomitante patologia psichiatrica con la ricerca di eventuali pregressi contatti con il Dipartimento di Salute Mentale.

Tali informazioni potranno essere raccolte dal paziente stesso nonché dal Dipartimento per le Dipendenze, ivi comprese le Comunità Terapeutiche accreditate.

In ogni caso va attivata contemporaneamente alla procedura diagnostica la richiesta di consulenza al Dipartimento per le Dipendenze, la cui risposta sarà fornita entro massimo due giorni lavorativi.

Gestione degli effetti personali

Ai fini di una corretta gestione del ricovero, il paziente, ed eventualmente i familiari, vanno informati delle regole correlate alla degenza in un reparto ospedaliero e alla detenzione di oggetti potenzialmente pericolosi e/o illegali. Nella redazione della procedura aziendale relativa al presente documento di indirizzo, le Aziende sanitarie avranno cura di ben delineare le modalità di gestione e di controllo degli effetti personali del paziente degente.

¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series – 2012.

¹⁷ Walton MA et al. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 Aug 4;304(5):527-35.

¹⁸ McQueen J et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;(8):CD005191. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3. Review.

Esame obiettivo, neurologico e psichico

Sarà opportuno eseguire un esame obiettivo completo del paziente ponendo particolare attenzione all'esame neurologico e psichico.

Consulenza psichiatrica

Qualora il paziente sia ricoverato in un reparto internistico o chirurgico, potrà essere espletata una consulenza psichiatrica mirata a:

- ✓ valutare la presenza di disturbi psichici e la loro eventuale correlazione con l'uso di sostanze;
- ✓ definire una terapia psicofarmacologica;
- ✓ nel caso di emergenza di bisogni terapeutici significativi dal punto di vista psichiatrico da trattare in regime di ricovero, valutare l'indicazione al trasferimento presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

L'intervento psichiatrico in ogni caso è presupposto di un approfondimento diagnostico che permetta la presa in carico territoriale più adeguata alle problematiche cliniche presentate e favorisca il passaggio ai servizi territoriali del Dipartimento per le Dipendenze e di quello di Salute Mentale.

4.2.2 Fase della degenza

La durata del ricovero è finalizzata al superamento della situazione di acuzie e non si configura come alternativa al programma terapeutico-riabilitativo sul territorio.

Scopo primario della collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e quello di Salute Mentale è di garantire il benessere del paziente attraverso la continuità delle cure e del programma terapeutico, favorendo una migliore gestione clinica ospedaliera ed una migliore integrazione delle modalità operative tra i due Dipartimenti.

Un eventuale trasferimento in SPDC va comunque stabilito dopo consulenza psichiatrica. In tutti i casi di ricovero presso l'SPDC in cui si riscontri un uso di sostanze, il Dipartimento per le Dipendenze garantisce una tempestiva consulenza nei tempi sopra descritti e una condivisione del programma di presa in carico territoriale.

Particolare attenzione è data alla gestione del rischio suicidario secondo quanto segue.

- ✓ Fare riferimento a quanto indicato nel “*documento di indirizzo per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*”, trasmesso con nota prot. n. 526215 del 28.12.2015 del Responsabile del Coordinamento Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d’attesa e Sicurezza del paziente.
- ✓ Tener conto di farmaci e/o sostanze psicoattive che il paziente può aver portato con sé o accumulato nel corso della degenza in seguito a mancata assunzione facendo anche riferimento alla verifica degli oggetti personali all’ingresso o durante la degenza, per il possibile utilizzo a scopo suicidario.
- ✓ Oltre ai fattori di rischio generali, vanno considerati lo stato di astinenza e il vissuto di disperazione per eventi di vita negativi.
- ✓ Va tenuto in considerazione che nel caso di comorbidità, il rischio suicidario è maggiore di quello relativo alla singola patologia e può essere ulteriormente aggravato dallo sviluppo di una malattia fisica invalidante e a pericolo per la vita.
- ✓ Particolare attenzione va posta alla presenza di una sindrome cerebrale organica e di sintomi quali insonnia grave, irrequietezza, agitazione psicomotoria e repentine oscillazioni del tono dell’umore.
- ✓ Qualora vi sia motivo di ritenere la sussistenza di un rischio suicidario, va condotto un colloquio sulla traccia di modelli come quello della raccomandazione ministeriale n. 4 del 2008 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”.
- ✓ In caso di esito positivo, è opportuno richiedere una consulenza psichiatrica.
- ✓ In ogni caso, vanno messe in atto le opportune misure di sicurezza ambientali e un’osservazione attenta del paziente, anche attraverso un’adeguata comunicazione tra gli operatori.

4.2.3 Fase della dimissione

Alla dimissione è necessario garantire la continuità della presa in carico sul territorio sia per quanto riguarda pazienti già seguiti dai servizi territoriali, sia per quanto riguarda quelli non conosciuti e per i quali sia stata evidenziata la necessità di una presa in carico. È opportuno fissare direttamente in fase di dimissione un appuntamento presso i servizi territoriali del Dipartimento per le Dipendenze e/o di quello di Salute Mentale.

4.3 Segnalazione e monitoraggio degli eventi avversi

La segnalazione ed il monitoraggio degli eventi avversi relativi a pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero sarà espletata secondo le indicazioni regionali sulla gestione degli eventi avversi e, qualora un evento avverso abbia le caratteristiche per essere definito "sentinella", secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009.

4.4 Formazione del personale

La formazione ha la finalità di mantenere elevato il livello di attenzione del personale sanitario alle problematiche relative alla gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze ricoverato in ospedale e di aggiornare i partecipanti sull'utilizzo di ragionamenti e comportamenti che permettano loro di identificare e monitorare il paziente a rischio nonché di realizzare un adeguato presidio della sicurezza ambientale; è inoltre opportuno che il personale ospedaliero sia formato sulle tecniche di *counseling* breve.

Tramite l'ausilio del RFSP l'attività formativa potrà essere espletata anche attraverso l'esposizione di scenari clinici (derivanti dall'analisi di eventi avversi e/o richieste di risarcimento), secondo un approccio *ex ante*, ossia mettendo gli operatori di fronte allo scenario come se si trovassero in reparto, fornendo loro raccomandazioni sulle condotte adeguate da tenere.

Panoramica su un gruppo di Pazienti afferenti al Ser.T. di Voghera e ricoverati presso un Reparto Ospedaliero di Medicina e Psichiatria dell'ASST di Pavia. Un'analisi della casistica ed un progetto clinico in rete. Lo studio "Car(a)vana"*

Giansisto Garavelli**, Cinzia Priora**, Laura Arlandi**, Marianna Boso**, Giovanni Ferrari***, Giuseppe De Paoli****, Paola Valdetara****, Michele Brait°, Armando Gozzini°, Francesco Reitano°

SUMMARY

■ *With this study we wanted to analyse a cohort of 135 patients who in the period beginning of the year 2014/february 2018 have reached our observation at Ser.T. in Voghera and Ser.T. of Pavia.*

These subjects have arrived at our services with problems related to the various forms of dependence, with more or less urgent needs related to the use and the abuse of substances, alcohol and with behaviours, lifestyles and pathologies related to them.

After a first and cognitive interview, associated with a first and scrupulous analysis, a first reception is carried out. It was noted that they complained about some clinical and behavioural disorders typical of an important inner suffering, such as to be recognized and defined by a real request for "help" as in need of suggestive analyses and further investigations.

It was therefore thought of a possible hospital evaluation to better study the cases and any related pathologies. The project is therefore exposed to the corporate management Asst of Pavia, which takes it into account, and collected by the Department of Internal Medicine of the hospital of Stradella.

A collaborative, ductile, elastic, itinerant network is therefore created.

A network of observation, protection, safety and rescue around the patient itself: the so-called "Car (a) vain".

It was then made arrangements and it began to evaluate patients individually.

After about 45 months and in the light of the 135 patients studied, a mosaic of pathologies related to drug dependence and alcohol dependence came out with a suggestive clinical picture of further deepening of the project. ■

Keywords: *Ser.T., Car(a)vain study, Problems related to the dependence, Territory/Hospital integration.*

Parole chiave: *Ser.T., Studio Car(a)vana, Patologie correlate alla dipendenza, Integrazione Ospedale Territorio.*

Introduzione

Con il presente studio si è voluto analizzare una coorte di 135 pazienti che nel periodo inizio anno 2014/febbraio 2018 sono

* Il termine "Caravana" veniva usato dalla regina del Circo italiano la Sig. Miranda Orfei (classe 1931) in arte "MOIRA" con il quale (in dialetto romagnolo) amava definire il suo Bilico-casa/viaggiante. La sig.ra Moira Orfei "Zia Moira" è stata paziente e amica di Giansisto Garavelli (medico circense Convenzione con E.Na.C.) il quale gli dedica codesto studio.

** Ser.T. Voghera OltrePo-Pavia.

*** U.O.C. Reparto Medicina Interna Ospedale di Stradella.

**** Dipartimento Psichiatria ASST Pavia.

° Direzione Generale ASST Pavia.

giunti alla nostra osservazione presso il Ser.T. di Voghera ed il Ser.T. di Pavia.

Tali soggetti sono arrivati ai nostri servizi con problematiche relative alle varie forme di dipendenza, con bisogni più o meno urgenti correlati all'uso e all'abuso di sostanze, alcol e con comportamenti, stili di vita e patologie ad essi correlati.

Dopo un primo colloquio indagativo e cognitivo, associato ad una prima e scrupolosa analisi, viene effettuata una prima accoglienza.

Si è notato che costoro lamentavano alcuni disturbi clinici e comportamentali tipici di una importante sofferenza interiore, tali da riconoscersi e definirsi tramite una vera e propria richiesta di "Aiuto" come bisognosi di suggestive analisi ed indagini ulteriori. Si è dunque pensato ad un possibile valutazione ospedaliera per studiare meglio i casi e le eventuali patologie correlate.

Viene pertanto esposto il progetto alla Dirigenza Aziendale ASST di Pavia, che lo prende in considerazione, esso viene raccolto dal reparto di Medicina Interna dell'Ospedale di Stradella e, grazie soprattutto alla lungimiranza clinica del Primario di tale struttura, viene pertanto creata una rete collaborativa, duttile, elastica, itinerante; una rete di osservazione, protezione, sicurezza e salvataggio attorno al paziente stesso: la cosiddetta "Car(a)vana".

Si è quindi preso accordi e si è cominciato a valutare i pazienti singolarmente.

Dopo circa 45 mesi e alla luce dei 135 pazienti studiati ne è scaturito un mosaico di patologie correlate alla tossicodipendenza e alcoldipendenza con un quadro clinico suggestivo di ulteriore approfondimento progettuale.

Location

Il Territorio della provincia di Pavia si trova geograficamente compreso tra le province di Milano, Alessandria, Lodi e Piacenza.

Le città più importanti sono Pavia, Vigevano, Voghera, Mortara e Stradella, esistono poi regioni territoriali importanti come la Lomellina, l'Oltrepò Pavese e le valli con le loro specificità culturali e lavorative.

Lo studio Caravana è stato eseguito prevalentemente presso il Ser.T. di Voghera ed il Ser.T. di Pavia, i ricoveri sono stati effettuati presso l'U.O.C. Reparto di Medicina dell'Ospedale di Stradella, ed il Reparto SPDC dell'Ospedale di Voghera.

I controlli e i monitoraggi (urine, capello e matrice pilifera) sono stati eseguiti periodicamente (ricerca cataboliti urinari settimanali) presso i locali del Ser.T. di Voghera ed inviati al Laboratorio di Tossicologia dell'Istituto di Medicina Legale di Pavia; il tutto con la supervisione e l'attenzione della Dirigenza ASST di Pavia.

Materiali e metodi

Il periodo di tempo di analisi clinica è compreso dal Gennaio 2014 a febbraio 2018, durante detto periodo previo accordo con i colleghi e con il Primario del Reparto di medicina Interna dell'Azienda Ospedaliera di Pavia sede di Stradella e il primario del Dipartimento di psichiatria dell'ASST di Pavia si è valutato ciascun paziente in carico o appena giunto al Ser.T. con problematiche di abuso o dipendenza con prospettiva di disintossicazione da alcol oppiacei e cocaina.

Come primo impatto dopo avere effettuato l'accoglienza e la valutazione multidisciplinare (ad opera anche dello psicologo e dell'assistente sociale dell'Equipe di riferimento) e dal consulente psichiatra interno (se necessario) come da schema programmatico (secondo le regole dettate da regione Lombardia), avere inserito i dati anagrafici rispettando le procedure legali ed apertura della cartella clinica e del ciclo, si proseguiva dopo una visita medica in sede ambulatoriale nel fare eseguire esami ematochimici, e urine, Rx, ECG e RMN o Tac quando fossero necessarie ed opportune queste specifiche indagini dal punto di vista diagnostico.

Alla luce di codesti esiti si informava il paziente e qualora ce ne fosse stato bisogno si proponeva il ricovero Ospedaliero allo stesso.

Una volta avutone il consenso si provvedeva ad informare il Primario della struttura Ospedaliera individuata, si programmava e si organizzava detto ricovero nei tempi stabiliti.

Una volta giunto in Ospedale, veniva accolto in reparto ed ivi veniva eseguita l'anamnesi e una batteria di esami clinici, a completamento e studio ulteriore di quelli eseguiti presso il Ser.T.: essi fungevano da prima traccia diagnostica.

Nel frattempo, veniva concordata e monitorata l'eventuale o necessaria terapia di un farmaco sostitutivo precedentemente impostata dal medico del Ser.T. e ci si teneva in contatto onde potere meglio osservare l'andamento dell'induzione, del mantenimento o dello scalaggio della terapia con il farmaco sostitutivo preso in esame.

Dopo avere formulato una diagnosi in base agli esami clinici eseguiti ed impostato la terapia consequenziale, il paziente viene riaccolto presso il Ser.T. correlato di lettera di dimissioni con valutazione diagnostica e prognostica eseguita da parte dell'equipe medica del reparto.

Una volta giunto al Servizio viene discusso in colloquio con il paziente la situazione, si informa l'equipe del Ser.T. della eventuale problematica clinica e si procede a ricalibrare, se necessario, la terapia multifattoriale e complessiva: detta terapia consiste in un ciclo di due settimane di auricolare terapia da ripetersi (qualora lo necessiti), farmaci sostitutivi come Metadone e Buprenorfina/Naloxone per la dipendenza dagli oppiacei, per gli alcolisti: Disulfiram, Acamprosato, Sodio Oxibato e Librium, il tutto associato ad una consulenza psichiatrica e a un supporto psicosociale.

Tutto questo viene accompagnato da meccanismi di controllo sull'uso di sostanze come: il monitoraggio periodico dei cataboliti urinari e se necessari l'esame del capello e del CDT eseguiti presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Pavia.

Questo tipo di approccio terapeutico va considerato mobile e dinamico "disegnato e cucito" come fosse un abito sartoriale sul paziente stesso, in modo da costruire un rapporto operatore-paziente di mutua collaborazione in rete, si cercherà di creare così una "Terapia dedicata" ad hoc per ogni soggetto in cura.

Risultati

A seguito del periodo trascorso di 46 mesi (gennaio 2014-febbraio 2018) durante il quale si è analizzato il percorso clinico dei 135 pazienti presi in carico, formulata una diagnosi di dipendenza (previa valutazione multidisciplinare), apertura del ciclo definitivo sul programma informatizzato "dipendenze" effettuato un ricovero della durata media di una settimana presso il reparto di medicina di Stradella, impostata qualora fosse ritenuta necessaria una terapia sostitutiva, si è osservato il follow up e le eventuali recidive nell'uso di sostanze.

Preso atto di avere analizzato e ricoverato 135 pazienti (media di due ricoveri 1/2 al mese) con una età media di 50 anni (comprendente una forbice di età tra i 22 e i 74 aa) di cui 26 femmine e 109 maschi 120 residenti in territorio pavese (4 nel Tortonese, 2 Bergamo, 1 in Sardegna, 1 in Sicilia, 1 Firenze, 2 Roma, 1 Piacenza, 1 a Lodi e a Milano 2), si è catalogato dapprima il tipo di diagnosi al ricovero, il risultato è di 80 alcolisti (di cui 35 puri) di cui 17 femmine 63 maschi, 74 eroinomani (di cui 29 puri) 12 femmine 62 maschi, 46 cocainomani (di cui 7 puri, 9 alcolisti gli altri eroina + cocaina) 10 femmine 36 maschi, infine 55 pazienti risultano affetti da disturbi di tipo psichiatrico.

Durante il ricovero, e a seguito delle indagini diagnostiche, sono emerse le seguenti patologie correlate, in seguito clinicamente monitorate e trattate.

Epatopatie 43, Cirrosi epatica 7, Cancro cirrosi 1, Sindrome epatorenale 1, K. Vescicale 1, IMA e cardiopatie 12, Linfoma non Hodgking 3, Morbo di Chronn 2, Setticemia 2, Pancreatite 3, Polmonite 9, Ictus e Vasculopatia cerebrale 7, Neuropatia 4, Astenia 2, Tiroidite di Haschimoto 1, Sindrome di Turner 1, Litiassi renale 1, Diabete mellito 1, Psoriasi 2, Carcinoma Polmonare 1, Anemia grave 1, K utero, 1 K mammario, K renale 1, K corpo del Pancreas 1, K cutaneo 1, MTS 1

Dal punto di vista infettivologico ci sono: 40 HCV pos., 11 HIV pos.

Un paziente non è stato bene agganciato e quindi è sfuggito attraverso le "maglie" della rete.

I Decessi sono stati 11 (5 K epatico, 2 setticemia e 2 HIV, 1, IMA, 1 deceduto a seguito di omicidio). Dal punto di vista delle patologia di natura psichiatrica sono state diagnosticate le seguenti patologie riconducibili ad una Doppia Diagnosi: sono risultati 55 pazienti (11 F e 44 M) pazienti di cui 33 pazienti con disturbo Borderline di personalità, 6 con disturbo di tipo Psicotico 15 pazienti con Disturbo Bipolare, 1 con sindrome Oligofrenica.

Detti pazienti durante questi mesi sono stati trattati con terapia sostitutiva e monitorati con esame dei cataboliti delle urine, del capello ed esami clinici, Rx, ECG ed ematochimici di routine.

La terapia è stata effettuata con i seguenti farmaci: Metadone sciroppo 50 pazienti, Buprenorfina/Naloxone 9 pazienti, Disulfiram 15 pazienti, Acamprosato 26 pazienti, Sodio Oxibato 4 pazienti.

Oltre alla terapia farmacologica si è eseguito anche un ciclo di Auricoloterapia (acudetox per 2 settimane) a 29 pazienti, 6 sono entrati in Comunità terapeutica ed 2 si trovano detenuti in carcere.

Durante il periodo di osservazione a sei mesi e a due anni abbiamo notato alcune recidive nell'abuso delle sostanze, sono stati prontamente ripresi i pazienti, ricalibrata la terapia e la presa in carico.

A codesto punto consideriamo i concetti di Caduta (libera o controllata, solitaria o in gruppo), scivolata e ricaduta nelle sostanze: la prima lieve e controllata, la seconda decisa e ben più grave.

Le recidive sono state 37 (alcuni ricadono in più sostanze e ne va comunque valutata il tipo l'intensità e la frequenza): di cui 23 nell'alcol (7 femmine e 15 maschi), 5 nell'eroina (3 maschi) e 10 nella cocaina (8 maschi 2 femmina), tutti gli altri pazienti attualmente sono astinenti, in ottima salute e ben compensati con una ripresa della loro qualità di vita dal punto di vista lavorativo economico e socio familiare.

Prospettive e programmi futuri

Alla luce dei risultati ottenuti sui 133 pazienti arruolati nello studio "Caravana" secondo le modalità sopra descritte, possiamo dire che con questo progetto il 70% dei pazienti abbastanza gravi afferiti alla nostra osservazione stanno andando bene, non solo dal punto di vista della clinica delle dipendenze ma anche, e non è poco, abbiamo potuto osservare, diagnosticare e curare anche una serie di patologie ad esse correlate, più o meno nascoste o forse conseguenti, che affliggevano i pazienti stessi. Anzi! Spesso, i medesimi pazienti, alcuni dei quali ora anche in via di guarigione definitiva e dimissibili, ci comunicano di avere raggiunto un'ottima qualità di vita sia dal punto di vista sanitario, lavorativo, e socio familiare.

Se così è, allora tutto questo ci insegna e ci rammenta la necessità e l'importanza di lavorare e operare tessendo una "rete" che sia di protezione, sicurezza, ma anche di collegamento, tuttavia bisogna ammettere e considerare che la cosiddetta "rete" in quanto tale è composta da "maglie" e da trame attraverso le quali può purtroppo sfuggire anche qualche paziente.

Il tutto ci deve fare meditare sulla necessità della progettazione e collaborazione tra le varie strutture Socio-Sanitarie (Ser.T., Reparti Ospedalieri, CPS, SPDC, Comunità e vari Enti istituzionali, Forze dell'Ordine e operatori Socio Sanitari) anche al di fuori dei confini territoriali, e, per quanto sia possibile, in itinere.

Tuttavia (visto il concetto e la conformazione dinamica della rete stessa) bisogna prestare una attenta vigilanza e attenzione ai pazienti attualmente in carico e alle prese in carico dei futuri e probabili pazienti.

Si ritiene pertanto necessaria la disponibilità di un posto letto Ospedaliero ove, quando necessario, potere fare il punto della situazione verificando una diagnosi clinica ed impostare una terapia dove ce ne sia la necessità e l'opportunità.

Quindi in conclusione non una visione statica bensì una visione in rete: che sia attenta, dinamica ed itinerante calata nell'habitat socio-famigliare del paziente e che comprenda tutto il suo insieme.

La cosiddetta "Car(a)vana" viaggiante!

Table e grafici

Elenco e totale dei pazienti in esame inseriti nello studio "Caravana" 135 pazienti provenienti dal territorio Pavese e altre zone italiane (media di due ricoveri al mese) con una età media di 50 anni (comprendente una forbice di età tra i 22 e i 74 aa)

Tab. 1

Pazienti 135	Pavesi 120	Età media aa 50
M 109	Alessandria 4	
F 26	Bergamo 2	
	Sardegna 1, Sicilia 1	
	Firenze 1, Roma 2, Piacenza 1, Lodi 1, Milano 2	

Pazienti abusatori e dipendenti con disturbi di tipo Psichiatrico in 135 pazienti

Tab. 2

Pazienti	Totale	Puri	M	F
Eroinomani	74	29	62	12
Cocainomani	46	7	36	10
Alcolisti	80	35	63	17
Psichiatrici	55		44	11

Pazienti con Infezioni Virali

HCV POS 40

HIV POS 11

Durante i ricoveri dei 135 pazienti sono emerse le seguenti patologie correlate, in seguito clinicamente monitorate e trattate durante lo Studio "Caravana"

Tab. 3 in 135 pazienti

Epatopatie	43
Cirrosi	7
K Cirrosi	1
S. Epatorenale	1
IMA e cardiopatie	12
Linf non Hodhing	3
M Chronn	2
Setticemia	2
Polmonite	9
Vasc Cerebrale/Ictus	7
Astenia	2
Tiroidite Haschimoto	1
Pancreatite	3
Sindr. Border	33
Sindr. Bipolare	15
Sindr. Psicotica	6
Sindr. Oligofrenica	1
Litiasi. Renale	1
K. Renale	1
Sindrome Turner	1
Psoriasi	2
Diabete mellito	1
K. Polmonare	1
Anemia grave	1
K. mammario	1
K. vescicale	1
K. Pancreas (Corpo)	1
K. Cutaneo	1
Neuropatia	4

Decessi 12 (6 K epatico ed epatopatia, 2 setticemia, 2 HIV, 1 per omicidio, 1 IMA)

Ricadute 37 (24 Alcol, 2 eroina, 10 cocaina) In UN ANNO in 135 pazienti

Sganciamento: 1 paziente

Terapie farmacologiche e funzionali applicate ai pazienti durante lo studio "Caravana"

Tab. 4 in 135 paz

Terapie	N. pazienti
Metadone	50
BPN/Naloxone	9
Disulfiram	15
Ac.4 Gam.idrossibutirrico	4
Acamprosato	26

Tab. 5

	Libera	Solitaria	Di gruppo
Caduta	Controllata		
Scivolata			
Ricaduta			

Oltre alla terapia farmacologica si è eseguito anche un ciclo di:

Auricoloterapia (acudetox per 2 settimane, da ripetersi secondo la necessità) a 29 pazienti.

6 sono entrati in Comunità terapeutica

2 si trovano detenuti in carcere

Tab. 6 - Figure dell'Equipe

Ass Sociale	Psichiatra
Psicologo	
Infermiera	
Medico	

L'assenzio. Le illusioni della Fée Verte

Nadia Anna Della Torre*, Dea Massarelli**

SUMMARY

■ *Absinthe, celebrated in time as “nectar of the gods”, is the Green Fairy that grants the access to a world of Dionysian intoxication.*

However, behind all this hides the real danger, our mal du siècle, that is abuse and addiction: behind false illusions of a short-lived wellbeing, they conceal a world from which it is not always possible to come back.

The absinthe's victims are people of all ages, but many of them are from the youngest generations.

The present article intends to investigate the absinthe's history and its representations in the Arts, in order to debunk the myth about its ingredients' toxicity and to draw attention to the dangers hidden beneath the seduction of this substance, which has a very high alcoholic content.

Following these data and observations, we can affirm that there is the need to put special attention to the absinthe's comeback and to its growing fame among young people, too often and too easily entranced by the promise of oblivion though intoxication. ■

Keywords: *Absinthe, Absinthism, Distillate, Thuyone, Green Fairy, Alcohol, Addiction, Young people, Danger, Publicity, Mass Media, Social Network.*

Parole chiave: *Assenzio, Absinthism, Distillato, Tujone, Fata Verde, Alcol, Dipendenza, Giovani, Pericolo, Pubblicità, Mass Media, Social Network.*

*“L'altra sera sono stato abbracciato dall'assenzio”
(Ernest Hemingway)*

Con l'assenzio ci si ubriaca: questo è il punto di partenza da tener presente!

Con esso si raggiunge lo stato di ebbrezza ed è per questo che il suo riemergere dal passato va tenuto sotto controllo.

La sua etimologia ha un significato negativo, derivando dall'unione (nella lingua greca) dell' α privativo e dell'aggettivo *psinthos* (diletto): spiacevole.

L'assenzio è un distillato ad alta gradazione alcolica all'aroma di anice ricavato da varie erbe e da un arbusto (*Artemisia absinthium* L.), dal quale prende il nome.

Nell'antichità l'artemisia veniva offerta in dono agli dei durante i rituali sacrificali affinché si potesse ottenere un buon raccolto, poiché era ritenuta il simbolo della donna e della fertilità. L'arbusto era consacrato alla dea Artemide, la divinità greca che proteggeva le donne durante la loro vita e soprattutto al momento del parto.

L'*artemisia absinthium* è citata anche nella Bibbia per le sue proprietà terapeutiche, dal momento che l'assenzio che si

estrae dalla stessa era considerato una sostanza digestiva e tonizzante.

Il composto è soprannominato “Le peril ver” (Il pericolo verde) o, più comunemente “La Fée Verte” (La fata verde), con riferimento sia al tipico colore della bevanda che all'atmosfera al contempo “pericolosa” e “magica” in cui si riteneva fossero immerse le persone che lo consumavano.

A partire dai primi anni dell'Ottocento l'assenzio è stato oggetto di culto, “Musa ispiratrice” e argomento di discussioni nei salotti intellettuali e nelle bettole più malfamate.

Nel corso degli ultimi due secoli è stato spesso al centro di dibattiti fra chi lo ha venerato (rimarcando le sue proprietà benefiche se correttamente utilizzato e il suo potere evocativo di momenti magici) e chi lo ha fortemente criticato ponendo l'accento sulla sua potenziale pericolosità, supportata da evidenze che narravano la sua elevata tossicità e la possibilità che il suo abuso potesse condurre ad una serie di effetti avversi, fino alla morte.

Si ritiene che l'assenzio fu prodotto per la prima volta nel 1792 a Couvet, in Svizzera, da Pierre Ordinaire, un medico francese che si era trasferito lì poiché in fuga dal suo paese a causa della Rivoluzione.

In quell'epoca i medici di campagna, per preparare rimedi naturali, utilizzavano varie erbe officinali, fra cui l'assenzio maggiore, di cui Ordinaire conosceva l'uso nei tempi antichi. Sperimentando con questa pianta iniziò così a produrre un forte distillato

* *Dirigente Medico Ser.D. Pescara.*

** *Psicologa Clinica, specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale.*

da circa 60° contenente, oltre all'assenzio, molte altre erbe, tra cui anice, issopo, dittamo, acoro e melissa.

La bevanda di Ordinaire divenne un famoso toccasana a Couvet e si pensa che alla sua morte egli ne tramandò la ricetta segreta alle sorelle Henriod: di fatto la "paternità" dell'assenzio è controversa, dal momento che è possibile che le Henriod producessero il distillato in proprio già prima di Ordinaire.

In particolare Henriette Henriod, chiamata "mamma Henriod", ne rivendicò il primato, affermando che la spinta a produrre l'elisir le fu data dalla scoperta delle grandi proprietà benefiche dell'Artemisia absinthium e delle altre erbe, facenti parte della ricetta originale, che coltivava nel suo orto.

Pare che la donna producesse l'assenzio in casa, servendosi di un piccolo alambicco che aveva nella sua cucina: non avendo però la possibilità di produrne grandi quantità, vendeva il suo prodotto soltanto in piccoli campioni alle famiglie e alle farmacie.

La richiesta dell'elisir nella città crebbe sempre più nel tempo, così che il Sindaco Dubied ne comprò la ricetta ed insieme a Henri Louis Pernod, suo futuro genero, fondò nel 1798 la distilleria "Dubied Pere et Fils".

Dopo qualche anno Pernod aprì la propria distilleria, la "Pernod Fils" a Pontarlier.

Con l'inizio di una produzione più ampia del distillato, la ricetta originale fu modificata per meglio soddisfare le richieste dei consumatori: venne ridotta la quantità di assenzio maggiore e incrementata quella di anice e finocchio così che il sapore risultasse meno amaro e la bevanda divenisse più appetibile.

Fu così che nacque l'"Absinthe" e, da allora e per sempre, esso fu legato al nome "Pernod Fils", che ne rappresenta tuttora la marca più conosciuta.

L'assenzio, come fu prodotto e così come lo conosciamo, è una bevanda che si mostra con tutte le sfumature della clorofilla, dal giallo tenue al verde smeraldo, che è il colore predominante.

Ha un sapore complesso dovuto agli aromi delle varie erbe con cui viene prodotto: oltre alle foglie di Artemisia Absinthium contiene anice stellato, semi di finocchio, issopo, melissa, artemisia pontica e numerosi altri ingredienti, come angelica, menta, genepi, camomilla e coriandolo, che cambiano a seconda della distilleria che lo produce.

La bevanda è prodotta per macerazione e diretta distillazione di tali ingredienti, cui possono far seguito ulteriori macerazioni che si diversificano a seconda del colore e del sapore che si vuole ottenere.

Del composto esistono anche varietà meno pregiate, che vengono prodotte mischiando a freddo essenze o olii con l'alcol.

La costante di quasi tutte le varietà di assenzio è il contenuto alcolico estremamente elevato (tra il 45% e il 75%), indispensabile per permettere alla clorofilla di restare stabile più a lungo possibile.

Esiste anche un rituale di preparazione e consumo dell'assenzio che ha una storia precisa: in origine il distillato veniva bevuto puro, a piccoli sorsi o "a cucchiaini", come fosse uno sciroppo medicinale. Successivamente nacque l'abitudine di diluirlo con acqua: la iniziarono i soldati francesi in Algeria, i quali si ritiene fossero soliti disinfettare con l'assenzio le acque malsane dell'Africa.

Al loro rientro in patria questa abitudine dilagò tra la gente e si diffuse rapidamente, insieme all'usanza di utilizzare insieme sciroppo di gomma o orzata come dolcificante.

Infine, negli ultimi 30-35 anni del XIX secolo, si affermò il metodo classico di consumare la bevanda, che prevedeva di sciogliere una o più zollette di zucchero servendosi di un cucchiaino forato posto su un bicchiere contenente assenzio, sul quale si

versavano gocce d'acqua ghiacciata per permettere una diluizione avente un rapporto oscillante da 3:1 a 5:1 e che conferiva alla bevanda una tipica opalescenza, detta "louche" (dal francese: opaco, ombreggiato).

In questo modo si poteva al contempo ridurre l'elevata gradazione alcolica e consentire alla varietà aromatica contenuta di emergere, dal momento che nel distillato puro si ha una netta predominanza del sapore dell'anice sugli altri ingredienti.

Nel corso del XIX secolo si diffusero numerose distillerie di assenzio con vari marchi in Francia e in Svizzera, anche se il distillato conobbe l'apice della sua notorietà soltanto nella seconda metà dell'Ottocento, epoca in cui iniziarono a comparire nei bar e nei bistrot le "fontane": dei grossi contenitori per l'acqua, lo zucchero ed eventualmente il ghiaccio, dotati di cannellette con la funzione di rendere più agevole la diluizione del distillato da parte degli avventori.

A quel tempo, grazie anche a prezzi relativamente contenuti e accessibili a tutti i ceti, la bevanda era consumata dalle classi sociali più svariate e da numerosi personaggi del mondo dell'arte. Le classi più povere usavano berlo nelle ore di pausa lavorativa mentre pittori e poeti, riuniti nei bar e nei circoli, traevano ispirazione dall'assenzio per la creazione delle loro opere, come fosse una vera e propria musa: probabilmente questa fu una delle ragioni per la quale il distillato fu soprannominato "La Fée Verte" (la Fata Verde).

Molti di questi artisti erano noti, oltre che per le proprie opere, anche per stili di vita sregolati, rituali elaborati e accessori stravaganti, così che l'assenzio fu presto considerato un modello dello stile di vita bohémienne.

Tra i maggiori artisti noti per fare uso di assenzio e per esaltarne le proprietà si ricordano Vincent Van Gogh, Oscar Wilde, Edgar Allan Poe e Charles Baudelaire, quest'ultimo capostipite del movimento poetico dei "poeti maledetti".

Citiamo alcuni esempi, tra le numerose opere letterarie dedicate all'assenzio:

Il vino sa rivestire gli antri più sordidi
d'un lusso miracoloso,
e innalzare una fila di favolosi portici
nell'oro del suo vapore rosso
come il sole al tramonto in un cielo nuvoloso.
L'oppio ingrandisce ciò che non ha limiti,
prolunga lo sconfinato,
approfondisce il tempo, scava la voluttà
e di piacere neri e torvi
riempie l'anima oltre la sua capacità.
Tutto ciò non vale il veleno che distillano
i tuoi occhi verdi,
laghi in cui si vede la capovolta tremare
l'anima... I miei sogni in folla
vengono a dissetarsi a quegli abissi amari.
Tutto ciò non vale il terribile prodigio
della tua saliva che morde
che la mia anima immerge nell'oblio
senza rimorsi, e al carro della vertigine
la fa rotolare sfinita alle sponde della morte.
(Charles Baudelaire "Le Poison")

Assenzio, madre di tutte le gioie, o
liquore infinito, brilli nel mio bicchiere
verde e pallido come gli occhi de
l'amante che una volta ho amato. Assenzio, madre
della felicità, come Lei, lasci nel
corpo un ricordo di dolore lontano; assenzio,
madre di folli passioni e di barcollante

ubriachezza, in cui qualcuno può dire senza ritenersi un pazzo, di essere amato dalla propria amante.
 Assenzio, la tua fragranza mi distende.
 (Gustave Kahn "Absinthe")

Il celebre pittore Paul Gauguin in una lettera ad un amico, risalente al 1897, scrisse:

Siedo sull'uscio della mia porta, fumando una sigaretta e gustando il mio assenzio, e trascorro felicemente ogni giorno senza dare importanza alcuna al mondo.

Anche l'arte pittorica è stata veicolo di diffusione della bevanda, come nei quadri mostrati di seguito:



P. Picasso "Bevitrice d'assenzio" (1901)



E. Degas "L'assenzio" (1876)



P. Picasso "La bevitrice d'assenzio" (1901)



E. Manet "Il bevitore d'assenzio" (1876)

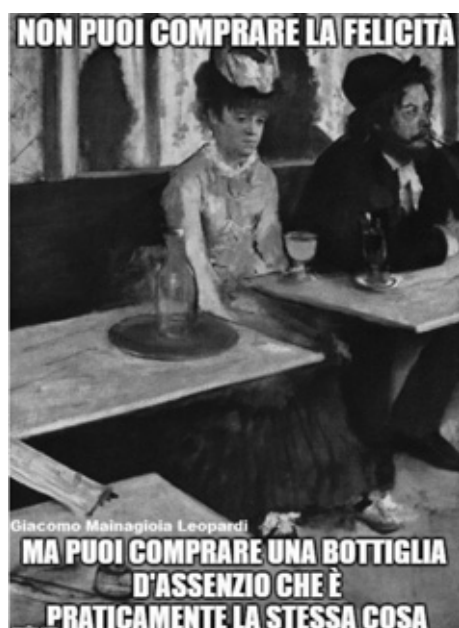
Si può rilevare che questi, come gran parte degli altri dipinti, per lo più evidenziano gli aspetti di ritiro sociale, di fissità e di appiattimento emotivo che caratterizzano il bevitore cronico di assenzio.

Nei nostri giorni il dipinto di Degas e il volto di Baudelaire sono usati nella creazione di "post" e nella loro diffusione sui social network per veicolare messaggi per lo più riferiti a momenti esistenziali negativi.

Il fatto che essi provochino comunque un sorriso in chi legge contribuisce non tanto alla messa al bando della sostanza, bensì alla sua pubblicizzazione e muove in qualche modo l'istinto della curiosità: il primo stadio dell'uso.

Tornando al passato, la notevole popolarità che l'assenzio raggiunse in quegli anni, condusse i produttori di vini, cognac e whisky a iniziare una vera e propria guerra contro di esso, guerra che fu prontamente condivisa dai governi al fine di combattere il diffondersi dell'alcolismo, che rappresentava una delle più grandi piaghe del tempo.

Fu così che, parallelamente al suo consumo sempre più massivo, si diffuse l'allarmistica nozione che l'assenzio potesse indurre vari effetti avversi nei consumatori, effetti che sembravano insorgere in modalità specificatamente più grave rispetto a quelli associati ad altre forme di alcol.



Tali sintomi si verificavano prevalentemente nei casi di abuso e di assunzione cronica di assenzio e potevano essere disturbi del sonno, difficoltà nella comunicazione, sensazioni di vuoto mentale, allucinazioni visive e uditive, exitus.

Pare addirittura che siano stati registrati casi in cui l'intensità di questi sintomi abbia condotto al suicidio.

È nota, ad esempio, la leggenda che aleggia intorno a Vincent Van Gogh, secondo cui il pittore avrebbe consumato assenzio sia prima dell'occasione in cui si recise l'orecchio per donarlo ad una prostituta, sia poco prima di porre fine alla sua tormentata vita.

Questo gruppo di sintomi fu, in un primo momento, considerata come una vera e propria Sindrome e prese il nome di "Absinthism": essa insorgeva in soggetti dipendenti e in chi abusava di questa bevanda e non in caso di uso sporadico.

Si può allora dire che la citata "Sindrome" emergeva soltanto alla stregua dell'Alcolismo, da cui, di fatto, non si differenziava. All'inizio del ventesimo secolo prese piede una feroce campagna di informazione avente lo scopo di mettere in guardia i consumatori sui pericolosi effetti dell'assenzio.

Contemporaneamente cominciarono anche a circolare varie voci e leggende: alcune affermavano che il distillato provocasse assuefazione, come una vera e propria droga, altre sostenevano che venisse utilizzato oppio come uno dei suoi componenti.

La più aspra critica mossa al distillato riguardò uno dei suoi costituenti: il "Tujone", un terpene tipico dell'olio essenziale di Artemisia Absinthium, ritenuto estremamente tossico e in grado di portare, a dosi elevate, a crisi epilettiche, delirium tremens e morte.

È doveroso ora aprire una parentesi su tale sostanza: se da una parte è stato provato che alti dosaggi di tujone hanno effetti devastanti sul sistema nervoso, dall'altra si è posto il problema di fornire a tali "alti dosaggi" un valore che abbia valenza statistica per l'uomo.

Gli esperimenti scientifici hanno descritto che basta un grammo di tujone, iniettato in vena ad una cavia da laboratorio, per portare l'animale al delirium tremens e, talvolta, alla morte.

Tuttavia nell'uomo i valori sono decisamente superiori: un grammo di tujone iniettato in una cavia equivarrebbe a 100 grammi

per un uomo: è stato dimostrato, pertanto, che le quantità di intossicazione da Tujone sono pari a 80-100 g.

Di conseguenza è assai improbabile che qualcuno possa intossicarsi in modo così grave bevendo assenzio, dal momento che, per composizione, la bevanda non può contenere più di 30-40 mg/kg del terpene.

Infatti, esaminando le dinamiche specifiche di produzione dell'assenzio, gran parte del tujone (circa il 70-80%) si perde evaporando nella fase di essiccazione dell'*Artemisia Absinthium* e l'altra parte si annulla "tagliando" la testa del distillato.

Per tali ragioni non è corretto stimare, come fece ad esempio Wilfred Arnold nel 1989, che gli assenzi storici avessero 250 mg/kg di tujone, poiché nei suoi studi egli esaminò la pianta fresca, senza calcolare né l'essiccazione né la distillazione.

Al contrario, va sottolineata l'attendibilità delle più recenti ricerche condotte da Ted Breaux, un noto chimico e biologo americano, che ha estratto con una siringa l'assenzio da numerose antiche bottiglie risalenti proprio al XIX secolo, rilevando che le quantità di tujone si aggiravano generalmente intorno ai 5-9 mg/kg e, soltanto in pochi casi, sfioravano i 20-30 mg/kg.

Tra fine Ottocento e inizi del Novecento si diffusero anche notizie di violenti crimini consumati da parte di uomini che pareva avessero bevuto assenzio e fossero sotto l'influenza diretta della bevanda.

Uno dei più terribili eventi luttuosi avvenne nel 1905 ed ebbe come protagonista un contadino svizzero di 31 anni che, dopo aver abusato di alcol in grandi quantità e di due bicchieri d'assenzio, tornò a casa e uccise a colpi di fucile sua moglie e le due figlie.

Questo triste fatto di cronaca fu utilizzato dagli "avversari dell'assenzio" come miccia che innescò la polveriera: essi diedero infatti grande risalto ai due bicchieri di assenzio consumati dal contadino come prova del potere allucinogeno della bevanda.

Fu sostenuto che bere assenzio rende folli e criminali e la mentalità popolare iniziò presto a vedere i suoi bevitori come instupiditi o mentalmente offuscati e a considerare la bevanda come una grave minaccia, a causa della sua presunta capacità di tramutare gli uomini in bestie selvage. Émile Zola descrisse le gravi intossicazioni di questi uomini nel suo romanzo "L'ammazzatoio".

La tendenza ad assimilare l'assenzio alle droghe ha continuato a regnare fino ai tempi recenti e la si può riscontrare anche in celebri film come "Jack lo squartatore" (2001), che ha contribuito a consolidare la leggenda secondo cui l'assenzio venisse consumato insieme all'oppio, e "Moulin Rouge" (2001).

In particolare quest'ultima pellicola ha promosso una vera e propria "canonizzazione" del metodo "flambè", un rituale alternativo di consumare assenzio che, basandosi sul metodo classico, prevede però di bagnare la zolletta di zucchero con l'assenzio stesso, di darle fuoco e poi di versarci sopra l'acqua, come mostra il protagonista (l'attore Ewan Mc Gregor) che, in una delle scene iniziali del film, brinda e beve l'assenzio in questo modo.

Sebbene questo stile di preparazione venga spesso fatto risalire erroneamente all'Ottocento e venga talvolta indicato come "metodo bohémienne", in realtà esso vede la sua origine a Praga tra il 1990 e il 1995.

In quegli anni avevano cominciato a diffondersi i primi surrogati d'assenzio e i baristi che lo servivano e che di esso non conoscevano altro se non le descritte leggende, non fecero altro che prendere il rituale dell'eroinomane (che scalda la droga sul cucchiaino) e adattarlo all'assenzio: al solo scopo di conferirgli sapore, dal momento che tali surrogati avevano un gusto molto più

simile all'alcol puro che al reale distillato, di cui di fatto conservavano soltanto il nome.

In sintesi le ragioni della decadenza del distillato sono essenzialmente riassumibili in tre fattori: la grande risonanza che ebbe il movimento sociale volto a combattere il dilagare dell'alcolismo in Europa nei primi anni del Novecento; la divulgazione degli studi scientifici sull'alta tossicità del tujone e sulle sue dosi elevate presenti nel distillato; la pressione esercitata dai produttori francesi di altri alcolici, in particolare del vino, che erano sempre più preoccupati dalla crescente popolarità e dalla competitività commerciale del distillato.

Al sorgere del XX secolo, nel 1915 per l'esattezza, l'assenzio viene così ritirato dal commercio nella maggior parte dei Paesi europei e la sua produzione è vietata.

Nonostante la "fata verde" abbia continuato a sopravvivere in Paesi quali Regno Unito, Spagna e Repubblica Ceca, il suo consumo è stato, nel corso degli anni, significativamente ridotto, fino al 1988, anno in cui delle nuove direttive del consiglio europeo (88/388/CEE e 91/71/CEE) ne hanno concesso nuovamente il commercio sia come prodotto alimentare di base per la preparazione di varie ricette, sia come superalcolico, a patto che le quantità di tujone contenuto non superassero i 35 mg/kg.

Tali direttive hanno coinvolto anche l'Italia, e il divieto fascista relativo alla distribuzione e al consumo di assenzio risalente al 1931, è stato sanato nel 1992.

Gran parte delle varietà del distillato prodotte al giorno d'oggi non sono purtroppo molto diverse dai surrogati distribuiti nei primi anni Novanta, sebbene esistano ancora prodotti di qualità che seguono le ricette e i metodi di distillazione originali.

Gli esperti utilizzano alcune regole per riconoscere il vero assenzio, che possiamo riassumere brevemente in questo modo:

- deve essere distillato con gradazione tra i 45 e i 75 gradi;
- deve intorbidire con aggiunta di acqua ghiacciata;
- deve contenere assenzio e semi di anice verde;
- deve avere un sapore complesso e bilanciato tra tutti gli ingredienti.

Si usa, inoltre, confrontare il prodotto con l'assenzio delle distillerie storiche, fra cui Pernod Fils, Berger, Premier fils e Fritz Duval, le quali conservano il primato dei canoni gustativi ed olfattivi che definiscono il vero "Absinthe".

Dal momento che recentemente la politica non è più proibizionista come all'epoca, sebbene il consumo di assenzio sia ancora illegale in numerosi Paesi, si assiste ad un nuovo incremento del suo uso e, pur se molte delle leggende volte a mettere l'assenzio in cattiva luce siano state sfatate, va sottolineato che una nuova diffusione dello stesso è in ogni caso un fenomeno da tenere sotto controllo: il distillato resta comunque un superalcolico con una gradazione che è tra le maggiori in commercio.

Attualmente il consumo della bevanda sta crescendo di giorno in giorno, incentivato in modo particolare da Internet e dalle mode e l'immagine della "fata verde" sta tornando a destare un interesse sempre maggiore, al punto tale che il "nuovo assenzio", così come viene chiamato oggi, è sempre più facilmente reperibile.

La bevanda è stata infatti messa in vendita sul mercato in rete, così che Internet è diventato il modo più facile e veloce per acquistarlo e riceverlo direttamente dove si preferisce, inclusi i Paesi in cui ancora non è possibile acquistarlo legalmente.

Si pensi che basta digitare "Assenzio" sul motore di ricerca per trovare una pagina web indicante informazioni sulle modalità d'acquisto: "è possibile acquistare Assenzio online in tutta tranquillità sul sito e/o semplicemente chiamando al numero 0039 *****".

Consegna celere in tutta Italia in 24h tramite GLS".

Una preoccupazione che sorge spontanea, vista la situazione, è rivolta soprattutto alla popolazione giovanile.

Vivendo nell'era del consumismo, della flessibilità e del "narcisismo sociale" i ragazzi non sempre hanno basi solide su cui poter contare nella fase di crescita e, al contempo, ricevono giornalmente esempi di stili di vita e modi d'essere basati sulla possibilità di trascorrere un'esistenza condotta all'insegna dell'estetica e del divertimento puro e sfrenato: tutto questo esita sempre ed in modo incontrovertibile nello "sballo".

Se si guarda alla realtà da questa prospettiva, il ritorno in voga dell'assenzio non può che rappresentare l'ennesima minaccia alla salute psico-fisica e, sebbene non faccia più tanto scalpore come in passato, occorre comunque prestare grande attenzione al dilagare del suo consumo e alle modalità in cui esso avviene. Citiamo degli esempi al fine di inquadrare meglio la situazione: l'assenzio viene oggi proposto a caro prezzo come drink esclusivo in feste organizzate da giovani i cui principali propositi per la serata sono il raggiungimento della "lucidità spirituale" e la "stimolazione afrodisiaca".

Questa esperienza è stata perfino trattata in un film di nuova produzione uscito lo scorso anno: "Girls trip". In particolare, la scena riguardante l'acquisto di assenzio e il suo successivo consumo è stata utilizzata anche nel trailer del film, in cui le protagoniste comprano la bevanda da un venditore ambulante che promette loro una serata capace di andar oltre i loro confini sensoriali e porge una bottiglietta dal contenuto verde, con un'etichetta su cui si legge chiaramente "La fée verte: Absinthe".

In seguito le ragazze consumeranno la bevanda in dei cocktail alla frutta e trascorreranno la serata ubriache, a mettere in atto

comportamenti di cui non avranno memoria e di cui si pentiranno, tra allucinazioni e strane e piacevoli percezioni sensoriali, al di là dei confini della loro realtà, come gli era stato promesso: "lo sballo" è proprio questo.

Sfortunatamente quanto descritto non succede solo nei film, ma è il pane quotidiano dei ragazzi del mondo d'oggi, che pare cerchino di compensare i loro sentimenti di "vuoto interiore" e l'insoddisfazione allontanandosi artificialmente dalla realtà e da se stessi.

I cocktail e gli "shottini" (piccole porzioni di bevande alcoliche pure) sono ormai consumati abitualmente durante gli aperitivi e nelle "serate", a volte anche durante i pasti: anche se ciò non esita necessariamente in "Disturbo da Uso di Alcol", secondo le definizioni diagnostiche specialistiche, ciò non significa che a questi comportamenti non seguano gravi rischi per la salute.

Le quantità di alcol che si riescono ad assumere in tempi brevissimi, bevendo ripetutamente cocktail e soprattutto cicchetti, sommate all'elevata gradazione alcolica dell'assenzio, possono portare fino alla morte ed è per tale ragione che il quadro che ne risulta è seriamente preoccupante.

Tale situazione è sicuramente mantenuta e approvata dai media che, piuttosto che attuare un piano di prevenzione, pubblicizzano chi – in ambito artistico e musicale – attua dei richiami all'assenzio o, addirittura, lo inneggia.

Per fare degli esempi, Fedez e J-Ax, tra i più commerciali esponenti musicali italiani del momento, hanno intitolato una loro canzone *Assenzio* e hanno richiamato lo stesso nei versi:

si potesse cancellare tutto il male,
lo berrei come assenzio stanotte.



I Kasabian, gruppo musicale del Regno Unito recentemente in voga in tutto il mondo, hanno composto una canzone intitolata *La fée verte*, il cui testo recita:

Vecchia fatina verde, cosa mi hai fatto?
Vedo Lucy nel cielo dirmi che sono drogato.
Sono uscito per comprare del latte tre giorni fa,
ho incontrato Dali in strada, mi ha sollevato di peso.
Ora inizio a vedere che non va così bene
c'è un poliziotto nel mio letto che mi dice che sono morto.
Se solo potessi mostrargli ciò che ho visto.
Dovrei portarti giù in basso dove comandano gli insetti.
Suono e visione si invertono.
Le rughe ti fanno sembrare più vecchio di quando sei andato via.
E ogni giorno c'è qualcuno che mi abbatte,
ho gli occhi di un pazzo, sto correndo in ogni direzione.
Cosa si prova a vivere una vita dove niente è reale?
Così mandami giù al fiume e basta.
I vicini dicono che ho bisogno di essere rinchiuso,
beh non sarebbero i primi a volermi in una clinica.
Nessuno dorme perché io sono ancora sveglio,
passatemi La Fée Verte: vi farò prendere uno spavento.
Canì nelle borsette, sono tutti star.
Guardi il retro delle tue palpebre e poi sei morto.
E ogni giorno c'è qualcuno che mi abbatte
ho gli occhi di un pazzo, sto correndo in ogni direzione.
Cosa si prova a vivere una vita dove niente è reale?
Così mandami giù al fiume e basta.
Non aspetterò fino domani.
Mi guardo indietro e aspetto un segnale.
E non celebrerò la mia libertà.
Così mandami giù al fiume e basta
E ogni giorno c'è qualcuno che mi abbatte
ho gli occhi di un pazzo, posso sembrarlo.
Cosa si prova a vivere una vita dove niente è reale?
Così mandami giù al fiume e basta.

Il dilagare del consumo di assenzio, come mostrato, non è lontano dalla nostra realtà, ma si sta verificando proprio adesso, davanti ai nostri occhi, e sebbene gli effetti avversi siano significativamente minori rispetto al passato e siano state sfatate le precedenti idee relative alla tossicità dei suoi contenuti, resta comunque il fatto che avere disponibile in commercio un'ulteriore bevanda dal grado alcolico così elevato, che possiede

anche un alone mistico di leggenda e poeticità, deve essere un fenomeno cui prestare attenzione per la salute pubblica e, in particolare, per i nostri giovani.

Bibliografia

- Arnold W.N. (1989). Absinthe. *Scientific American*, 260: 112-117.
- Arnold W.N. (1992). *Vincent van Gogh: Chemicals, Crises, and Creativity*, pp. 332. Boston, Basel, Berlin: Birkhäuser.
- Burkhard P.R., Burkhardt K., Haenggeli C.A., Landis T. (1999). Plant-induced seizures: reappearance of an old problem. *Journal of neurology*, 246: 667-670.
- Canazza I., Ossato A., Marti M. (2010). Un distillato bohémienne tutt'ora famoso: l'assenzio. *Giornale scientifico a cura dell'ONAP – Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici*.
- Duplais P. (1855). *Traité des liqueurs, et de la distillation des alcools; ou, Le liquoriste et le distillateur modernes*, vol. 1, Parigi.
- EEC (1988). Council Directive 88/388/EEC of 21 June 1988 on the approximation of the laws of the Member States relating to flavouring for use in foodstuffs and to source materials for their production. *Official Journal of the European Communities*, 15.07.1988, L184/61-67.
- Karin M. Hold, Nilantha S. Sirisoma, Tomoko Ikeda, Toshio Narahashi, John E. Casida (2000). γ -Thujone (the active component of absinthe): A -Aminobutyric acid type A receptor modulation and metabolic detoxification. *PNAS*, 97(8): 3826-3831.
- Lachenmeier D.W. (2007). Absinthe – History of dependence to Thujone or to Alcohol? *Fortschr Neurol Psychiatr*, 75(5): 306-308.
- Lachenmeier D.W. (2008). Thujone-attributable effects of absinthe are only an urban legend-toxicology uncovers alcohol as real cause of absinthism. *Med Monatsschr Pharm*, 31(3): 101-106.
- Lachenmeier D.W., Maister D.N. (2007). Absinthe and Tobacco – a new look at an old problem? (comment on: Absinthe – is its history relevant for current public health?). *International Journal of Epidemiology*, 37(1): 217-218.
- Lanier D. (1995). *Absinthe. The Cocaine of the Nineteenth Century. A History of the Hallucinogenic Drug and its Effect on Artists and Writers in Europe and the United States*.
- MontagneM. (2013). Drugs on the Internet, Part V: Absinthe, Return of the Emerald Mask. *Subst Use Misuse*, 48(7): 506-512.
- Patočka J., Bohumil P. (2003). Pharmacology and toxicology of absinthe. *Journal of Applied Biomedicine*, 1: 199-205.
- Strang J., Arnold W.N., Peters T. (1999). Absinthe: what's your poison? Though absinthe is intriguing, it is alcohol in general we should worry about. *BMJ*, 319(7225): 1590-1592.

Efficacia di Buprenorfina/Naloxone nel trattamento delle tossicodipendenze: monitoraggio dei pazienti in terapia presso il Ser.T. di Marsala, ASL n. 9 (Trapani)

Fabio Venturella*, Maria Cristina Tumbarello**, Gaetano Gurgone***

SUMMARY

■ According to the World Health Organization (WHO) definition: "Drugs are any substance, natural or artificial, that can modify the psychology or mental activity of humans". At the Ser.T. of Marsala we conducted a research work and compared the therapies of Methadone Hydrochloride and those with Buprenorphine/Naloxone: the latter proved to be effective in combating craving and the effects of heroin. ■

Keywords: Opiate addiction, Pharmacological therapy, Buprenorphine/Naloxone.

Parole chiave: Tossicodipendenza da oppiacei, Terapia farmacologica, Buprenorfina/Naloxone.

Introduzione

La tossicodipendenza è considerata una malattia cronica ad andamento recidivante, dannosa all'individuo e alla società, prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza chimica naturale o di sintesi.

In Italia si stima che nell'anno 2015, circa il 10% della popolazione (quasi 4 milioni) di età compresa tra 15-64anni, ha assunto sostanze illegali (1).

Cannabis e cocaina sono le droghe più diffuse: è quanto afferma la Relazione annuale (2015) al Parlamento sulle dipendenze del Dipartimento delle politiche antidroga.

Tale Relazione è il documento ufficiale governativo redatto dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, contiene i dati relativi all'anno 2015 e rispecchia le indicazioni dell'Osservatorio Europeo per le droghe e tossicodipendenze: EMCDDA, ovvero il Centro Europeo per il Monitoraggio del fenomeno Droga (2).

È raddoppiato il consumo di eroina tra gli studenti italiani: la stima che se ne ricava è che 650 mila studenti delle superiori (cioè uno su quattro), dal 2014 al 2015, hanno fatto uso di almeno una sostanza illegale (cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni o stimolanti).

«Il 2% dei maschi 15enni, dei circa 5 mila soggetti contattati, ha dichiarato di avere consumato eroina almeno una volta nel mese precedente l'indagine», spiega Sabrina Molinaro, ed è proprio tra i 15enni che si registra la prevalenza più alta dell'uso di eroina, la droga più popolare dopo la cannabis tra gli adolescenti (3).

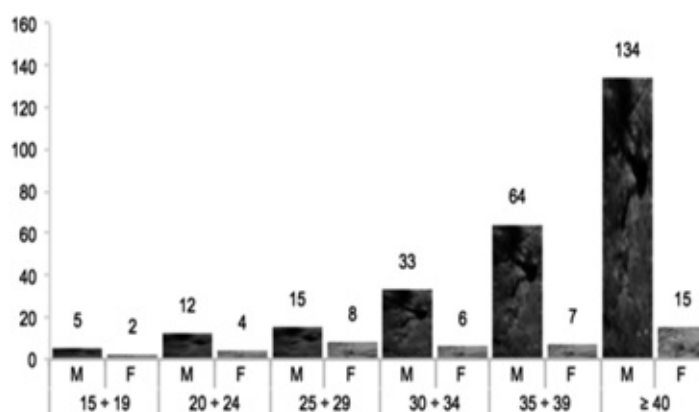
* Docente di Farmacognosia e Tossicologia, Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Palermo, Dipartimento Stebicef.

** Dott.ssa in Farmacia.

*** Dirigente Medico del Ser.T. di Marsala.

Nel corso del 2015 ci sono stati 305 decessi per overdose: una riduzione del 2,55% rispetto al 2014.

Sì, il trend è in diminuzione costante dal 1999 ma tra i morti a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti, gli uomini sono stati 263 (86,23%), mentre le donne 42 (13,77%): è la conferma di un andamento che vede da sempre il numero delle donne, decedute per abuso di droga, minore rispetto a quello degli uomini.



Esaminando le fasce di età, i livelli di mortalità più alti si riscontrano a partire dai 25 anni, per raggiungere i picchi massimi nella fascia superiore ai 40 anni; ci sono anche 7 minorenni fra i morti e ben 16 ragazzi sotto i 24 anni.

La causa del decesso è stata attribuita in 101 casi all'eroina, in 37 alla cocaina, in 3 al metadone, in 2 all'amfetamina, in 2 ai barbiturici, 1 all'hashish e all'ecstasy. L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi.

Scopo del lavoro

La tossicodipendenza è una patologia con complesse implicazioni socio-sanitarie, caratterizzata da craving, perdita del controllo, tolleranza e dipendenza fisica.

I principali obiettivi del trattamento sono rappresentati dal mantenimento dell'astinenza, dalla prevenzione delle ricadute ma anche dalla riduzione dell'assunzione di sostanze d'abuso.

Il 26 settembre 2006 la Commissione europea ha rilasciato (4) l'autorizzazione all'immissione in commercio, valida in tutta l'Unione europea, per buprenorfina/naloxone che è stato inserito nei protocolli terapeutici del trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppioidi, nell'ambito di un trattamento medico, sociale e psicologico.

Nella lotta alla tossicodipendenza questa terapia offre importanti potenzialità: l'efficacia del farmaco infatti, dipende dalla presenza contemporanea della Buprenorfina, un agonista degli oppioidi che agisce in maniera analoga ad essi, e del Naloxone che è invece un antagonista e ne combatte gli effetti, diminuendo in tal modo infatti la severità e la frequenza delle ricadute.

Di particolare rilevanza una sperimentazione clinica della durata di un anno, che comprendeva un confronto randomizzato, in doppio cieco, di 4 settimane, tra Buprenorfina/Naloxone, Buprenorfina e placebo e ha misurato la percentuale di pazienti che non presentava tracce di oppioidi nelle urine al termine dello studio.

I pazienti hanno inoltre utilizzato un questionario appositamente predisposto per registrare le crisi di astinenza, dopodiché è stata misurata la variazione del punteggio ottenuto con il questionario all'inizio e alla fine dello studio.

In questa sperimentazione (5), 326 soggetti con dipendenza da eroina sono stati randomizzati a Buprenorfina/Naloxone 16 mg al giorno, Buprenorfina 16 mg al giorno o placebo.

Per i soggetti randomizzati a uno dei trattamenti attivi, il dosaggio iniziava con 8 mg di Buprenorfina il giorno 1, seguito da 16 mg (due dosi da 8 mg) di Buprenorfina il giorno 2.

Il giorno 3, i soggetti randomizzati alla somministrazione di Buprenorfina/Naloxone sono passati alla compressa contenente l'associazione.

I soggetti sono stati sottoposti a osservazione quotidiana in ambulatorio (dal lunedì al venerdì) per le valutazioni relative a dosaggio ed efficacia.

Venivano fornite dosi da portare a casa per i fine settimana.

Il confronto principale dello studio consisteva nel valutare individualmente l'efficacia di Buprenorfina e Buprenorfina/Naloxone rispetto al placebo.

Buprenorfina/Naloxone si è dimostrato più efficace del placebo: il 17,8% dei pazienti trattati con Buprenorfina/Naloxone è risultato negativo all'esame delle urine effettuato al termine dello studio, contro il 5,8% dei pazienti trattati con il placebo.

I sintomi da astinenza che avevano registrato un punteggio tra il 62,4% e il 65,6% prima del trattamento, sono diminuiti alla fine dello studio al 28%, contro il 55,1% con il placebo.

Lo scopo del nostro lavoro è la valutazione dell'efficacia terapeutica di Buprenorfina/Naloxone nel trattamento delle tossicodipendenze, in confronto al Metadone, valutando le ricadute socio-sanitarie in seguito all'introduzione nella pratica clinica del farmaco Buprenorfina/Naloxone, anche in relazione al grado di soddisfazione dell'utenza.

Materiali e metodi

Il lavoro sperimentale è stato eseguito nel periodo gennaio 2016-marzo 2017, presso il Ser.T. di Marsala dell'ASL n. 9 di Trapani, sotto la guida del Dott. Gaetano Gurgone e del Prof. Fabio Venturella, lavoro in cui sono stati altresì analizzati i dati relativi agli ultimi cinque anni.

Il compito prevalente del Ser.T. è l'assessment, inteso come processo di raccolta, integrazione ed interpretazione delle informazioni.

Si esplica attraverso: la diagnosi, la cura, la riabilitazione.

Questo lavoro vuole essere quindi il resoconto di 15 mesi di osservazione su pazienti trattati con Buprenorfina/Naloxone, operando un confronto con pazienti trattati con il Metadone.

Il campione è costituito da 32 soggetti tossicodipendenti, trattati con modalità integrata, associando alla terapia farmacologica interventi socio-riabilitativi e colloqui di sostegno.

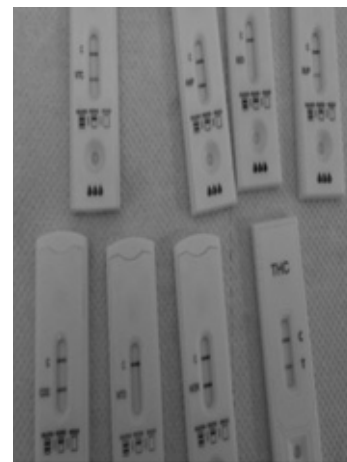
Tutti i pazienti devono eseguire al tempo 0 dello studio: esame delle urine per la determinazione dell'eventuale presenza di sostanze, raccolta dei dati anamnestici e la visita medica, i test ematochimici di routine ed il colloquio motivazionale.

Per avere informazioni sulla storia clinica del paziente si ricorre alle cartelle cliniche: un insieme di documenti nei quali viene registrato dai medici e dagli infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti un determinato paziente allo scopo di poterne rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico-terapeutico.

Agli utenti oggetto del nostro studio, sono stati somministrati dei questionari in forma anonima: la modalità di somministrazione, ovvero "l'auto-compilazione" è stata decisa al fine di mettere a proprio agio la persona intervistata ed evitare la tendenza a negare l'adozione di comportamenti socialmente non desiderati o ad autoconpiacere l'intervistatore stesso.

One Step Drug Screen Test Device è il test che abbiamo utilizzato per la rilevazione qualitativa di droghe e metaboliti delle droghe nelle urine degli utenti del Ser.T. di Marsala.

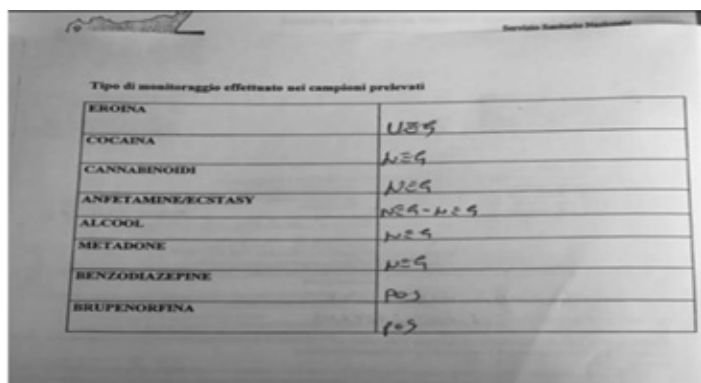
Gli accertamenti di screening effettuati sulle urine includono una valutazione di composti quali oppiacei, cocaina, amfetamine, alcool, metamfetamine, MDMA, cannabinoidi, benzodiazepine, buprenorfina e metadone.



Se il campione di urina è POSITIVO per la droga: compare una banda rossa nella zona di controllo (C), mentre nella zona reattiva (T) nessuna banda; se è NEGATIVO compaiono due bande: una rossa nella zona di controllo (C), l'altra nella zona reattiva

(T) e indicano che la concentrazione di droga è inferiore al livello rilevabile.

Per ogni paziente di cui è stato analizzato il campione di urine mediante il suddetto test, viene successivamente compilato un "Verbale di Prelievo Urinario per Ricerca Sostanze Stupefacenti e Psicotrope".



Tipo di monitoraggio effettuato nei campioni prelevati	
EROINA	1/25/5
COCAINA	1/25/5
CANNABINOIDI	1/25/5
ANFETAMINE/ECSTASY	1/25/5
ALCOOL	1/25/5
METADONE	1/25/5
BENZODIAZEPINE	1/25/5
BUPRENORFINA	1/25/5

Abbiamo inoltre sottoposto i pazienti agli esami ematochimici, in cui abbiamo analizzato parametri quali: le transaminasi (ALT e AST), la Fosfatasi alcalina, la Gamma-GlutamilTransferasi (GGT), ma abbiamo anche monitorato parametri quali Emocromo e piastrine, le proteine plasmatiche, i parametri infettivologici epatici e dell'HIV: HBs Ag per l'epatite B, HCV Ab per l'epatite C e HIV Ab per il virus da HIV.



L'associazione Buprenorfina/Naloxone offre un importante vantaggio, perché proprio la sua particolare formulazione ne disincentiva il misuse endovenoso.

È chiaro che un farmaco contenente Buprenorfina, non iniettabile per via endovenosa perché associato a un'altra molecola quale il Naloxone (che nel caso di somministrazione endovenosa produce un grave discomfort), abbatta ulteriormente il rischio di decesso. Si ritiene infatti che l'uso improprio (endovenoso o intranasale) di Buprenorfina/Naloxone sia meno probabile rispetto alla sola Buprenorfina, dal momento che il Naloxone contenuto nella combinazione, può causare la precipitazione dei sintomi di astinenza in individui dipendenti da eroina, o altri agonisti degli oppioidi.

Buprenorfina/Naloxone è disponibile in compresse sublinguali contenenti 2 mg di Buprenorfina e 0,5 mg di Naloxone, 8 mg di Buprenorfina e 2 mg di Naloxone oppure 16 mg di Buprenorfina e 4 mg Naloxone.

Le terapie di mantenimento erogate al Ser.T. di Marsala contemplano dosaggi che vanno in media dai 2mg/die ai 6mg/die. Buprenorfina/Naloxone viene messo in commercio sotto forma di compresse sublinguali e le molecole vengono rapidamente assorbite attraverso la mucosa orale.

Il farmaco non presenta il rischio di abuso grazie all'associazione del Naloxone alla Buprenorfina, aggiunto appositamente per evitare l'abuso cui si presta la sola Buprenorfina o il Metadone. Alcuni dei pazienti, all'inizio dello studio in questione, erano già in trattamento con Buprenorfina/Naloxone mentre la maggior parte assumeva Metadone Cloridrato sciroppo per os, o Buprenorfina cps.

La costante che emergeva, nei pazienti in trattamento con Metadone e/o Buprenorfina, era la ricaduta.

I pazienti in terapia con Buprenorfina e Metadone, dopo essere stati informati sulle caratteristiche, meccanismo d'azione, vantaggi e svantaggi della terapia con Buprenorfina/Naloxone, hanno acconsentito alla riduzione graduale del Metadone (per facilitare il distacco del paziente dal farmaco) per passare al trattamento con Buprenorfina/Naloxone: ai pazienti che assumevano dosaggi pari a circa 80-100 mL/die di Metadone, abbiamo quindi iniziato a diminuire gradualmente il farmaco fino ad arrivare a un dosaggio di circa 30 mL/die per evitare lo scatenarsi della sindrome da astinenza.

Quando il paziente inizia il trattamento con Buprenorfina/Naloxone, durante la dipendenza da eroina o da un altro oppioide, la sua prima dose dovrà essere assunta alla comparsa dei primi sintomi di astinenza, ma non meno di 6 ore dall'ultimo consumo di oppioidi.

Quando invece il soggetto inizia il trattamento con Buprenorfina/Naloxone, durante l'utilizzo di Metadone, la prima dose dovrà essere assunta solo alla comparsa dei primi segni d'astinenza, ma non meno di 24 ore dall'ultimo consumo di Metadone.

La dose iniziale raccomandata negli adulti e adolescenti di età superiore ai 15 anni corrisponde a una o due compresse di Buprenorfina/Naloxone 2 mg/0,5 mg.

Il primo giorno, è possibile somministrare una o due compresse ulteriori di Buprenorfina/Naloxone 2 mg/0,5 mg, in base alle singole esigenze del paziente.

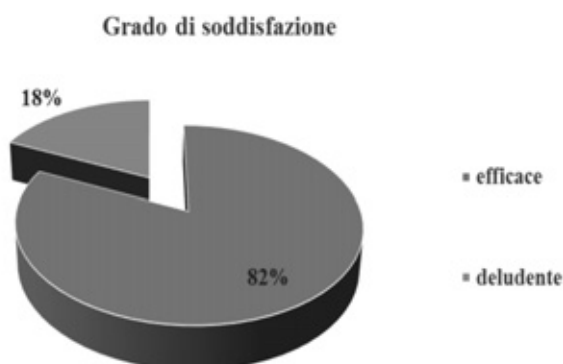
Durante l'inizio del trattamento, si raccomanda la supervisione giornaliera della somministrazione per assicurare il corretto posizionamento sublinguale della dose. Settimanalmente, attraverso visita medica e colloqui con gli psicologi, abbiamo valutato l'andamento clinico del paziente, quindi la risposta del paziente a Buprenorfina/Naloxone, eventuali ricadute nell'uso di eroina (o comunque oppiacei, o altro), l'aderenza al trattamento e gli effetti indesiderati derivanti dall'uso di Buprenorfina/Naloxone.

Risultati e conclusioni

Rispetto ad altri farmaci (Metadone o Buprenorfina) proposti per il trattamento del craving del paziente tossicodipendente, Buprenorfina/Naloxone presenta un'efficacia crescente nel tempo.

Mediante l'azione combinata di agonista parziale sui recettori μ (la Buprenorfina) e antagonista κ (il Naloxone), Buprenorfina/Naloxone riduce il craving, l'incidenza e la gravità delle ricadute.

Nel complesso, le evidenze derivate da questo studio confermano come Buprenorfina/Naloxone sia un farmaco efficace nel favorire il mantenimento dell'astinenza dall'eroina, con un discreto profilo di tollerabilità (effetti collaterali gestibili). Questo grafico rappresenta la valutazione globale del farmaco data dai pazienti osservati: solo il 18% esprime un giudizio di non soddisfazione.



La quasi totalità del campione ritiene Buprenorfina/Naloxone soggettivamente più efficace del Metadone (ovviamente rispondono alla domanda coloro che hanno sperimentato entrambi i farmaci).

Il motivo della preferenza è dato dalla minore dipendenza dal farmaco e quindi, Buprenorfina/Naloxone, ha l'effetto di ridurre

il timore di stare male; inoltre si ha un diminuito desiderio di "farsi".

La percentuale di successo è stata soddisfacente ma occorre considerare un abbandono della terapia pari al 15%.

Benché i risultati di questa esperienza vadano interpretati nel contesto di alcuni limiti metodologici quali la ridotta numerosità campionaria e la breve durata del periodo del seguente studio, le osservazioni nella realtà italiana dimostrano come l'efficacia di questo farmaco nel mantenimento dell'astinenza dall'eroina (o comunque dagli oppiacei) e di conseguenza della prevenzione dalle ricadute sia sostanzialmente buona, anche se la motivazione del paziente è essenziale per determinare il successo del trattamento e l'aderenza allo stesso.

Bibliografia

1. Faralli C., Morini G., Pacifici R., Zuccaro P. *Consumo di droghe in Italia, dati e statistiche*.
2. Dipartimento politiche antidroga. — www.politicheantidroga.gov.it/isert.
3. Molinaro S., Canale N., Vieno A., Lenzi M., Siciliano V., Gori M. et al. (2014). Country- and individual-level determinants of probable problematic gambling in adolescence: a multi-level cross-national comparison. *Addiction*, 109(12): 2089-2097.
4. European Medicines Agency, Science Medicines Health. — www.ema.europa.eu/docs/it.
5. *Drug Data Sheet. Suboxone buprenorfina/naloxone. Riassunto delle caratteristiche del prodotto. Individio Focus on you, 1-10.*

RECENSIONE



Giorgio Rezzonico, Emanuela Iacchia, Michele Monticelli (a cura di)

MUTISMO SELETTIVO
Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale

Collana: Educare alla salute: strumenti percorsi e ricerche
Codice: 435.25
pp. 284 euro 34,00
Editore: FrancoAngeli

Il mutismo selettivo impatta profondamente nella vita del giovane e nella sua famiglia. L'assenza di parola si presenta nei principali contesti sociali rendendo arduo il percorso di crescita del giovane e favorendo la progressiva chiusura relazionale di tutta la famiglia. La tendenza a sottostimare la situazione e rimandare il riconoscimento del disturbo rendono il fenomeno ancora oggi poco studiato. Si rileva la carenza di modelli clinici che consentano di sviluppare modalità efficaci di trattamento, determinando incertezze progettuali negli operatori.

Il volume si propone di colmare questa lacuna, accostando all'inquadramento della problematica la presentazione dei risultati della ricerca svolta con la metodologia della Grounded Theory. Tale lavoro ha consentito di articolare modalità di riconoscimento e lettura dei fattori di sviluppo del disturbo e di individuare dimensioni cliniche in grado d'orientare l'intervento in modo efficace. Ne consegue

la proposta del modello di *trattamento multisituazionale* (Multi-Situational Treatment, MST) che tiene conto dei vari contesti e delle differenti fasi del disturbo, affrontando in modo sinergico sia la dimensione individuale che quella familiare, scolastica e sociale. Ampio spazio è dedicato ai *soggiorni terapeutici* che costituiscono la componente d'intervento più innovativa del modello MST.

Il volume si rivolge a psicologi e psicoterapeuti che si occupano di mutismo selettivo, ma si presta a essere una risorsa preziosa per differenti professionisti che operano nell'ambito dell'educazione e dei trattamenti in età evolutiva, quali insegnanti, educatori, pediatri, neuropsichiatri e psichiatri.

Giorgio Rezzonico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, già ordinario di Psicologia clinica all'Università di Milano-Bicocca, past president e didatta Sitec, è direttore scientifico delle scuole ministeriali cognitive costruttiviste di Como, Milano, Torino e responsabile scientifico dell'associazione Il Volo e del progetto mutismo selettivo per Medici in Famiglia.

Emanuela Iacchia, psicologa, psicoterapeuta cognitivo costruttivista, didatta Sitec. Con la collaborazione di Medici in Famiglia e dell'Associazione Italiana Mutismo Selettivo è ideatrice e responsabile clinica dei soggiorni terapeutici per questa problematica giovanile. Formatore AID e membro del Comitato scientifico di AIMuSe.

Michele Monticelli, psicologo specializzando in psicoterapia cognitivo costruttivista, docente a contratto presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, svolge attività clinica e di ricerca presso Medici in Famiglia e il Centro di Psicologia e Psicoterapia Noesi.



ALCOVER®

sodio oxibato

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

CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - NRNL



RECENSIONE



Felice Nava, Ezio Manzato (a cura di)

IL CRAVING DELL'ALCOLISTA Neurobiologia, clinica e trattamento

Editore: Cerco Edizioni

Il craving è il motore della dipendenza alcolica. Esso non è solo un sintomo ma l'essenza stessa della dipendenza patologica. Il clinico che lavora con gli alcolisti ha bisogno di valutare e caratterizzare il craving alcolico, nei diversi aspetti che lo compongono, in quanto rappresenta il bersaglio terapeutico più importante.

Il testo in maniera completa ed inedita descrive il craving alcolico nella sua dimensione neurobiologica e clinica legandolo al processo di ricaduta ed agli elementi psicopatologici ad esso associati.

Nel volume sono anche descritte, in maniera dettagliata, le diverse tipologie di craving ed il loro significato clinico. In maniera accurata

ed aggiornata il testo presenta le strategie farmacologiche più efficaci per le diverse tipologie di craving, fornendo le basi scientifiche del trattamento dell'alcolismo.

Il volume contiene contributi scientifici anche di Cristina Biasin, Mauro Cibir, Giuseppina Cifelli, Mario G.L. De Rosa, Alfio Lucchini, Gisella Manzato, Sara Rosa.

Il volume è rivolto a tutti gli operatori delle dipendenze, in formazione o esperti che siano, che vogliano conoscere le basi razionali del trattamento farmacologico del craving alcolico e costruire un programma terapeutico riabilitativo basato sulle più aggiornate evidenze scientifiche.

Felice Nava è medico farmacologo e psicoterapeuta. Direttore dell'U.O. di Sanità Penitenziaria dell'Azienda ULSS n. 6 Euganea di Padova ha condotto nell'ambito delle dipendenze patologiche importanti ricerche nel campo della neurobiologia e dei trattamenti psicoterapeutici. È direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD.

Ezio Manzato è medico psichiatra e psicoterapeuta. Già direttore del Servizio per le Dipendenze di Zevio (Verona) ha condotto numerosi studi sui trattamenti farmacologici e riabilitativi per l'alcolismo e la doppia diagnosi.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)
 Roberta Balestra (vicepresidente)
 Guido Faillace (segretario esecutivo)
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)
 Giancarlo Ardisson, Luigi Bartoletti,
 Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
 Francesco De Matteis, Massimo Diana,
 Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Mara Gilioni,
 Maria Luisa Grech, Debora Lagered,
 Fernanda Magnelli, Antonella Manfredi,
 Nicola Marrollo, Felice Nava, Marco Riglietta,
 Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Paola Trotta,
 Concettina Varango, Franco Zuin,
 Margherita Taddeo

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
 Massimo Diana e Marco Riglietta (vicedirettori)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2019 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2019
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2019
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____