

Ancora sul sistema dei Servizi:
uno sguardo sulla realtà
Alfio Lucchini 1

AREA EPIDEMIOLOGICA

Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
Pietro Fausto D'Egidio 3

AREA PREVENZIONE

La prevenzione delle Tossicodipendenze
e la cultura dell'eccesso.
Note sparse dal Congresso di Pescara
Pietro Fausto D'Egidio 6

NOTIZIE IN BREVE

Dipendenze e mentoring 14
Ceref - Corso di perfezionamento
in Clinica delle Dipendenze 21

AREA ANTROPOLOGICA, CULTURALE E SOCIALE

Evoluzionismo e prevenzione
Maurizio Fea 15

AREA CLINICA

Doppia diagnosi: disturbi bipolari
e disturbo da uso di sostanze
Giuseppe Maina e Virginia D'Ambrosio 20
Efficacia del trattamento metadonico
sul controllo dei sintomi psicotici
sottosoglia nei tossicodipendenti
*G. Di Petta, V. D'Auria, G. Sirico,
G. Liguori et al.* 31
Riabilitazione alcolologica: il modello
dell'Ospedale S. Marta di Rivolta d'Adda
*G. Cerizza, E. Battistini, P. Rapuzzi,
P. Ranalletti* 47

AREA FARMACOLOGICA- TOSSICOLOGICA

Quali farmaci sono stabilizzatori dell'umore?
*Giuseppe Maina, Umberto Albert,
Virginia D'Ambrosio* 22

AREA ORGANIZZATIVA MANAGERIALE

Uno studio esplorativo sul case management
Giuseppe De Luca e Alfio Lucchini 36

AREA RIDUZIONE DEL DANNO

Tossicodipendenza e riduzione del danno.
Una ricerca al Ser.T. di Bergamo
Barbara Cavarzan e Andrea Noventa 41

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso FederSerD Lazio 51
Convegno FeDerSerD-SITD Piemonte 52
Congresso FeDerSerD Campania 52

RECENSIONE

52

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Comunicato stampa di FeDerSerD
del 31 maggio 2006 56

Mission

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



Ancora sul sistema dei Servizi: uno sguardo sulla realtà

La relazione al Parlamento sul fenomeno droga presentata a fine giugno, tra tante interessanti previsioni fotografa una certezza: su una stima di 350.000 persone meritevoli di cura nel nostro paese per uso di sostanze dagli oppiacei alla cocaina, ben 200.000 sono già seguite dai Ser.T. I Ser.T. vedono un aumento consistente di cocainomani in trattamento e anche il problema del poliabuso e dell'alcolodipendenza trova nei Servizi territoriali il luogo principe dell'accoglienza e della cura. Il tema all'ordine del giorno è lo sviluppo dei Servizi, la loro specializzazione e la costruzione di una efficace rete territoriale di intervento con tutti gli altri soggetti sanitari e sociosanitari. In recenti interviste a quotidiani e agenzie stampa nazionali ho potuto illustrare la mission e i risultati raggiunti in ormai trent'anni di vita dei Ser.T. in Italia ed anche le reali difficoltà dei Servizi. Il fatto non è irrilevante, ed è inconsueto. Che vi sia un nuovo interesse per il sistema di intervento? Le prime azioni del Ministro della Solidarietà Sociale Paolo Ferrero, che valorizzando l'incontro con la nostra Federazione, ha affermato come fosse logico sentire subito i dipendenti pubblici, del SSN, per valutare lo stato dell'intervento e proporre una legislazione nuova nel settore, e il proposito annunciato dalla Ministra della Salute Livia Turco di fare una ricognizione della realtà dei Ser.T. e delle Comunità, unitamente agli operatori e alle Regioni, vanno nella giusta direzione. Non concordo con chi già evidenzia immobilismo, ritardi e delusione: gli operatori hanno ormai la memoria lunga e non credo sia utile fare la conta dei giorni di insediamento del Governo per valutarne i risultati. Nel campo dell'intervento antidroga importante è partire con il piede giusto; i prossimi mesi ci diranno se i fatti saranno congrui con le premesse.

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO V, 2006 - N. 18

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
Alessandro Coacci, Bernardo Grande,
Alfio Lucchini, Luciana Bacci,
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea,
Guido Faillace, Claudio Leonardi,
Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,
Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,
Giorgio Serio

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717
misiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (Mi)

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

Chiuso in redazione il 20 agosto 2006

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

Ma devo dire che sono lavori come quello sul Sistema Informativo Nazionale Dipendenze che segue in questo numero che mi fanno sentire il senso di presiedere una organizzazione come FeDerSerD. A ben guardare e leggere, nell'articolo di Fausto D'Egidio sono infatti racchiuse le potenzialità e le criticità della attuale realtà dei Servizi pubblici per le tossico ed alcol dipendenze.

Nel numero 17 di Mission con una nota riferita al sistema SIND, significammo l'interesse che volevamo dare a questo tema.

Cari colleghi, nel recente incontro con il Ministro Paolo Ferrero, del quale in altra parte della rivista pubblichiamo il comunicato stampa, abbiamo sottolineato la necessità di formalizzare un centro di riferimento nazionale di epidemiologia clinica valorizzando le competenze del CNR.

Questo semplice lavoro mi conforta sulla bontà della proposta.

Variabili sono i sentimenti che si mescolano guardando i dati forniti dai colleghi dei Ser.T. e prima ancora le premesse sullo stato del sistema.

Un quinto dei Ser.T. non ha la posta elettronica, e se guardiamo alle risposte fornite non è lontano dal vero affermare che almeno un altro quarto dei Servizi abbia sistemi informatici del tutto inutilizzabili.

Dissi in una intervista che i Ser.T. operativi ai sensi di legge, in Italia non sono 550, ma al massimo 300, 1 ogni 200.000 abitanti.

Mi riferivo ai criteri usuali di accreditamento, in particolare alla vera accessibilità per gli utenti; forse sono stato ottimista.

Le osservazioni dei colleghi, alcune delle quali vengono pubblicate (con la scelta di mettere le iniziali dei nomi, pur in presenza di tutte le dichiarazioni regolarmente firmate) permettono di entrare nel piatto di altri tipi di problemi.

I temi della regionalizzazione, delle strategie aziendali, della scarsa considerazione del lavoro clinico e sociale.

Tutti temi sui quali si misura la capacità di tenuta dei Servizi e la possibilità di sviluppare Servizi qualitativamente rilevanti, a condizione che siano potenziate le risorse.

A tale proposito appare plausibile ed eticamente giustificato, avanzare la proposta di reperire le risorse necessarie ad incrementare la quota del fondo sanitario per le dipendenze al 1.5%, anche utilizzando parte degli introiti derivanti dalle tasse sugli alcolici e dai proventi dei giochi gestiti dalle aziende di Stato e dai casinò municipali.

Da parte nostra centrale è tenere fede all'impegno di valorizzare in ogni sede il patrimonio tecnico, scientifico, culturale rappresentato dai professionisti del Servizio pubblico e del privato professionale e continuare a costruire, partendo dall'attualissimo tavolo di Alta Integrazione, reti associative, istituzionali, di soggetti interessati alle politiche sulla droga in Italia.

Alfio Lucchini

Presidente FeDerSerD

Milano, 20 agosto 2006

Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Pietro Fausto D'Egidio*

Nel mese di marzo 2006 FeDerSerD ha informato con una mail tutti i servizi italiani del tavolo di lavoro costituitosi a Roma a cura del Ministero della Salute e delle Regioni per la realizzazione del "Sistema Informativo Nazionale Dipendenze" (SIND), parte del "Nuovo Sistema Informativo Sanitario" (NSIS) <http://www.ministerosalute.it/nsis/nsis.jsp>.

Un punto cruciale ci è subito apparso quello di avere una informazione un po' meno aneddotica rispetto alla possibilità attuale dei servizi di attivare in maniera efficace una raccolta di informazioni per singolo paziente.

I dati classificati e codificati in modo omogeneo e le metodologie condivise sono gli elementi comuni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che rappresenteranno i "Mattoni del SSN" <http://www.ministerosalute.it/nsis/pgServizi.jsp?area=mattoni&language=italiano>.

La sua corretta e concreta realizzazione contribuirà a dare visibilità e riconoscimento al nostro lavoro quotidiano. Rappresenta quindi un progetto importante per il sistema dei servizi per le dipendenze in Italia e noi dobbiamo impegnarci affinché sia portato a compimento e bene.

Uno degli elementi critici è la fattibilità del SIND in rapporto ai dati che verranno richiesti ai servizi e come questi dati saranno in grado di "servire", "di essere utili" a chi li ha prodotti.

Nella prima riunione è stato proposto di avere come punto di riferimento la "Tabella Unica delle prestazioni socio-sanitarie" prodotta nell'ambito del Progetto SESIT.

Si tratta di sostituire le informazioni aggregate che siamo abituati a fornire con le tabelle ministeriali Ann. e Sem. con informazioni specifiche per ciascuno dei nostri pazienti. È un notevole passo avanti che dobbiamo fare cercando di capire "quanto lungo" questo passo potrà essere.

Per questo motivo abbiamo pensato di fare, in via preliminare, un velocissimo sondaggio per sapere in quanti Ser.T. in Italia è conosciuta la "Tabella Unica delle prestazioni socio sanitarie" prodotta nell'ambito del Progetto SESIT, quanti l'hanno già in uso e quanti prevedono di implementarla entro 12 mesi.

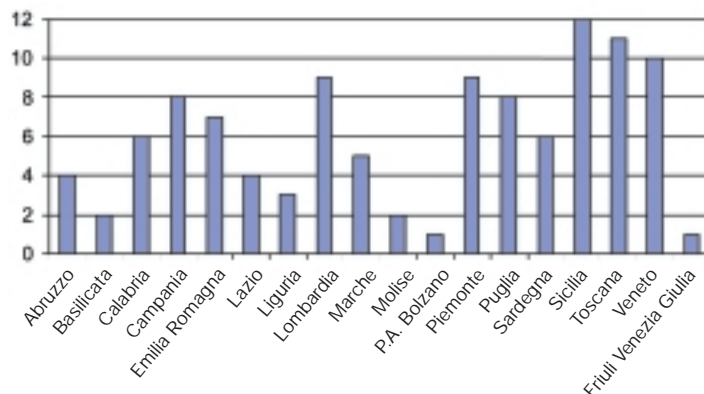
In Italia ci sono 546 Ser.T.

Di 112 servizi non siamo riusciti a trovare l'indirizzo mail e 108 servizi hanno risposto. La distribuzione per Regione delle risposte è illustrata nel grafico 1. Quasi tutte le regioni hanno partecipato all'indagine, mancano Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige, Umbria.

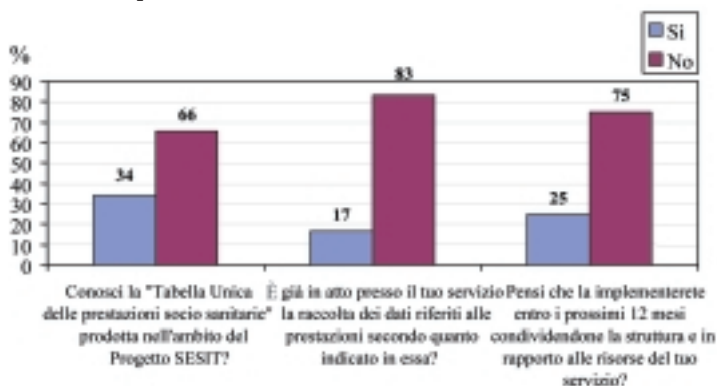
Solo il 34% dei servizi (grafico 2) che hanno risposto indicano sì alla prima domanda, 17 alla seconda e 25 alla terza.

È plausibile ritenere che le percentuali di risposte positive scendano tra chi non ha risposto e si azzerino tra coloro che non hanno nemmeno un indirizzo e-mail.

Graf. 1 - Numero di servizi che hanno partecipato alla indagine suddivisi per regione



Graf. 2 - Risposte



Questi dati hanno suggerito di essere molto attenti nel tenere in considerazione quelle che sono le possibilità dei servizi nell'implementare in maniera credibile il Nuovo Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).

Si deve ritenere che in molte realtà siano necessarie comunque risorse aggiuntive per ottenere i risultati desiderati e che comunque possa essere utile avviare un percorso "a campione" non pensando di poter attivare in tempi rapidissimi il nuovo sistema in tutti i servizi italiani.

Un elemento sostanziale su cui c'è stato un accordo unanime è che il SIND non intende in alcun modo retroagire su quanto già disponibile a livello locale.

Gli aspetti definiti condivisi nel corso degli incontri hanno valenza esclusivamente per la costruzione del livello nazionale del SIND. Gli incontri del Gruppo di Lavoro sono stati finalizzati alla condivisione del patrimonio informativo da raccogliere e delle connesse regole.

* Segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD.

Per maggiori dettagli circa gli aspetti più strettamente "informatici" del SIND, è necessario attendere la conclusione della fase di realizzazione dell'applicativo, a valle della quale, sarà prodotta un'apposita documentazione che consentirà alle Regioni di predisporre i dati secondo le regole convenute.

Addentrando ad un livello più di dettaglio possiamo porre in rilievo alcuni elementi.

Nel tracciato SET-SESIT, così pieno di tantissime informazioni che hanno e dovrebbero essere trattate per ranghi diversi di importanza, manca una informazione essenziale che, abbiamo suggerito, dovrebbe essere aggiunta alla stessa e quindi anche al modello dati SIND: la diagnosi che si formula per il paziente.

Non è corretto definire nella tabella della patologia concomitante il "codice della patologia psichiatrica (DSMIV-R)". Le categorie di diagnosi del manuale citato, definite su 5 assi – e quindi abbisognevoli di campi adeguati – sono sufficienti per descrivere la patologia primaria e quella concomitante

I tracciati proposti dal modello dati SIND appaiono corretti, con una buona coerenza interna, non ridondanti.

Rispetto ad alcune realtà operanti nel Paese ci potrà essere chi sottolinea qualche piccola difformità rispetto, per esempio, al codice finalità o al dosaggio medio, ma queste sono cose di poco conto.

Alla conclusione dei lavori, l'8 giugno, si è addivenuti ad una struttura condivisa del SIND che presenta molti pregi.

Primo tra tutti si è riusciti a raggruppare in soli 13 gruppi omogenei le prestazioni erogate nei nostri servizi.

Questo renderà molto più agevole nella operatività pratica la raccolta delle prestazioni. Inoltre non bisognerà documentare analiticamente ogni singola prestazione, ma si indicherà in un campo il numero di micro-prestazioni effettuate nell'ambito del gruppo omogeneo di prestazioni erogate nel periodo compreso tra le date di "inizio gruppo di prestazioni omogenee" e "chiusura gruppo di prestazioni omogenee".

Diversi software in uso, tra cui cito Proteus nella Regione Abruzzo, potranno agevolmente estrarre i tracciati proposti nel modello dati SIND.

Per i flussi informativi che afferiranno al SIND con periodicità annuale, è stato proposto un tracciato che aggregi le informazioni minime necessarie come di seguito rappresentato: informazioni comuni, anagrafica soggetto, esami sostenuti, patologia concomitante, contatto, esame all'ammissione, sostanze d'uso/comportamento, gruppi di prestazioni omogenee.

Di particolare interesse è la definizione dei gruppi omogenei di prestazioni che sono stati ricondotti a soli 13 item la qual cosa sicuramente snellisce di molto le possibilità di raccolta delle informazioni.

1. Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni. Comprende le diverse relazioni sul caso prodotte per l'esterno, le relazioni su invii, segnalazioni ed altre relazioni a fini giudiziari, le certificazioni e la produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, per gli usi consentiti dalla legge, ed il rilascio di ricetta, impegnativa o prescrizione esami senza visita.

2. Visite. Comprende la visita di accoglienza, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, alcolico, tossicologico, per patologie organiche alcool correlate, infermieristico, controlli di monitoraggio, anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per la visita.

3. Colloqui. Comprende il colloquio di accoglienza, il colloquio di counselling psicologico, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista psicologico, sociale, con-

trolli di monitoraggio anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per il colloquio.

4. Esami e procedure cliniche. Comprende l'esecuzione di prelievi ematici, biologici, la raccolta di campioni urinari, l'attività di richiesta e di registrazione degli stessi e l'esecuzione di manovre cliniche ed esami strumentali.

5. Somministrazione farmaci e vaccini. Somministrazione diretta di farmaci, consegna di terapia per il domicilio, compresa la registrazione, il carico e lo scarico. Esecuzione diretta della vaccinazione e la programmazione ed il controllo degli esami.

6. Interventi psicoterapeutici. Comprende interventi psicoterapeutici sull'individuo, sulla famiglia o sulla coppia (comprende anche psicoterapia di gruppo ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.).

7. Interventi socio/educativi. Comprende interventi di assistenza ai gruppi di auto-aiuto (altri interventi socio-educativi che non rientrano nelle altre voci).

8. Test psicologici. Comprende la somministrazione con valutazione di test, questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico.

9. Attività di supporto generale al paziente. Comprende tutti quegli atti finalizzati all'approntamento di risorse specifiche per le azioni di reinserimento e supporto sociale del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.). Comprende, inoltre, le attività di accompagnamento del paziente presso le strutture di diagnosi e cura.

10. Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica. Riguarda l'elaborazione e la stesura del programma di cura individuale, la predisposizione della negoziazione terapeutica e le successive attività di revisione delle medesime, con il coinvolgimento dell'utente e della rete familiare/sociale che lo supporta.

11. Prestazioni alberghiere. Comprende la fornitura di pasti, alloggio, attrezzature e sanitari per l'igiene personale e lavanderia, coperte e biancheria letto

12. Prestazioni straordinarie di carattere economico. Comprende l'eventuale erogazione ai non abbienti di beni per la cosmesi e l'igiene personale, sigarette, farmaci o integratori alimentari non a carico del SSN, vestiario, alloggiamento extrastruttura, spese per viaggi, per procedimenti legali, per piccole spese per tempo libero/cultura, ecc.

13. Inserimento in Comunità. Riguarda l'inserimento del soggetto in Comunità.

Sempre di più riscontriamo l'utilità dei commenti dei colleghi, che hanno il vero polso della situazione nei servizi, in una specie di brainstorming.

Riportiamo quindi alcuni commenti significati dei colleghi che hanno partecipato all'indagine conoscitiva di FeDerSerD sulla stringa SET-SESIT.

F.G. - Lombardia

Egredo collega, la auspicabile e utile iniziativa di rendere omogenea e moderna la rete dei sistemi informativi cozza, letteralmente, con la situazione di degrado e di abbandono nella quale varie sedi, compresa la mia, versano da tempo e con prospettive più vicine al peggioramento che non ad un miglioramento. Basti pensare ai vari vincoli aziendali che impongono agli operatori di lavorare dovendosi quasi sentire in colpa quando si fermano al Ser.T. un'ora in più, perché le regole dell'orario di servizio non prevedono eccezioni, o quasi; alle varie carenze, strutturali, di organico, di approvvigionamento di materiali di comune uso per

un Ser.T. (bicchieri e provette, per esempio) che obbligano ad estenuanti trattative con le UO Complesse competenti per ottenere quanto richiesto.

Questo succede alle porte di Milano e non è uno sfogo momentaneo di un medico che dal '94 lavora nei Ser.T., è una situazione che andrebbe monitorata da Federazioni come la Vs affinché si potesse essere riconosciuti validi e rispettabili interlocutori di fronte a delle controparti che, in realtà, non dovrebbero essere tali (alludo alle direzioni dei Distretti sanitari dai quali dipendono molti Ser.T. e alle Direzioni dei Dipartimenti delle Dipendenze) che, proprio per la organizzazione aziendale vigente, tendono ad abbandonare i Ser.T. territoriali delegandone ogni tipo di gestione ai Distretti e ricordandosi di questi Servizi solo quando ne vanno prelevati gli operatori per farli partecipare ai progetti regionali con 50-60 ore di supervisione in un bimestre. Pertanto, va bene, modernizziamoci con la rete informatica (che peraltro è un altro tema di deludente bilancio viste la qualità e la quantità della dotazione informatica). Io mi rendo conto che Voi Direttori Dipartimentali abbiate un ruolo difficile e delicato ma prima di mettere mano a queste iniziative modernizzanti e sicuramente utili, provate a chiedervi, alle Vs riunioni, se non sia anche il caso di pensare a chi lavora nei Servizi periferici e non solo ai loro PC?

A.B. - Lombardia

Le prestazioni/codifiche di SESIT andrebbero uniformate al sistema informativo CECILIA che in regione Lombardia è ancora in fase di sperimentazione.

C.D.C. - Abruzzo

Ci lascino lavorare in santa pace.

D.C. - Emilia Romagna

Eccessivamente laboriosa e poco aderente all'operatività dei servizi.

B.G. - Calabria

Siamo privi di supporti informatici.

A.S. - Lazio

Sono favorevole a questo sistema e potendo disporre di adeguate risorse lo adotterei.

F.R. - Liguria

Molto utile, ma necessitano tempi adeguati per la messa a punto.

P.G.S. - Liguria

Alcune prestazioni non sono esaustive delle varie voci che fino ad ora raccoglievamo con un programma locale; abbiamo iniziato da poco ad utilizzare MFP e vorremmo concordare prima a livello Regionale (è prevista una riunione ad hoc a Genova) e poi a livello Nazionale, alcune aggiunte e modifiche sia per quanto riguarda le singole voci che per quanto riguarda gli automatismi generati da MFP.

C.E. - Lombardia

Mancano: sede del servizio idonea e accreditabile, PC e relativi collegamenti internet o intranet.

M.S. - Lombardia

Per il momento presso il nostro Servizio viene effettuata solo la rilevazione delle prestazioni con invio trimestrale alla Regione Lombardia. Ci sono ancora alcuni nodi non risolti nella rileva-

zione delle prestazioni perché per tutti gli utenti per cui non è stata aperta la cartella clinica, le prestazioni non vengono registrate.

E.D. - Trentino Alto Adige

Ho importanti perplessità per il rispetto dell'anonimato e per la privacy.

E.B. - Piemonte

Abbiamo altri applicativi che ci soddisfano.

L.M.C. - Piemonte

La maggior parte di tali dati li potremo ricavare dalla nuova Cartella informatizzata della Regione Piemonte.

G.V. - Toscana

La struttura della tabella dovrebbe essere predisposta per un uso flessibile che possa rispondere ad ulteriori esigenze locali, di studio e di ricerca.

Quella in uso presso la Sezione Dipartimentale da me diretta è stata formulata avendo presente SESIT e quanto espresso.

G.S. - Puglia

Nel servizio in cui opero sono stati installati i computer da 6 mesi, ma vergognosamente!!! Non è possibile attivare il sistema (manca collegamento ad internet e input all'avvio del sistema da parte di chi è preposto a farlo).

Gi.Z. - Veneto

È esagerata.

Ge.Z. - Veneto

È un sistema di registrazione delle prestazioni molto valido e completo.

R.B. - Friuli Venezia Giulia

La nostra regione ha aderito al progetto Sesit. Abbiamo deciso di modificare nel 2005 i relativi sistemi di raccolta dati locali per permettere il dialogo ed il confronto tra i sistemi informatici. Oggi con la regione stiamo verificando lo stato dell'arte. La nostra preoccupazione è che il sistema nazionale, che prevede la identificazione del singolo, rischia di trasformarsi in un archivio dei soggetti tossicodipendenti (e di questi tempi direi che qualche preoccupazione bisogna averla). Per tutti questi motivi bisognerebbe dedicare al tema qualche specifica riflessione.

A conclusione penso che un impegno importante dovrà essere quello di promuovere nei servizi l'importanza del progetto SIND, sollecitare le amministrazioni a fornire ai servizi quanto necessario in termini di materiali e di personale e supportare i colleghi nella implementazione delle nuove procedure.

Per contribuire ad ottenere questo risultato FeDerSerD offre tutta la collaborazione, con la nostra rivista, il nostro sito web, la nostra struttura organizzativa e la nostra competenza nella formazione.

La prevenzione delle Tossicodipendenze e la cultura dell'eccesso. Per un cambio di paradigma che coinvolga tutti. Note sparse dal Congresso

*Pietro Fausto D'Egidio**

*"Dunque, chi sono?"
si chiede un ragazzo, e prosegue
"Mi immetto in differenti realtà,
alla ricerca dell'assoluto piacere,
riscontrando in esse particolari
emozioni, che la mia stessa
natura contraddice".*

*Buongiorno o buonasera che sia, sono un giovane del presente.
Facile è giudicare dall'esterno, un po' più ardua la cosa se si è protagonisti di un periodo non felice per la nuova generazione.
È pane quotidiano ascoltare over 60 raccontare le proprie sventure e le proprie sofferenze...
La fame, il lavoro in età tenera, lo sfruttamento esagerato, le guerre... Gli stessi argomenti che i nostri genitori cercano di rinfacciarci ogni giorno, Non è vero che le famiglie non riescono a tamponare quest'emorragia di divertimento... Ci provano, ma ormai sono diventate comparse di un film che dura una vita. Ci basta vederli in faccia per capire che, con la puntualità di autobus al mattino arriva la solita romanzina riguardante il più delle volte il loro misero passato... sembra di rivivere ogni giorno lo stesso film in un'atmosfera surreale; un dì autunnale con la pioggia scrosciante secca le foglie... che cadono a terra.
E ogni mattina ho lo stimolo di cambiare la mia vita...*

Il Congresso che abbiamo tenuto a Pescara in maggio su "La prevenzione delle Tossicodipendenze e la cultura dell'eccesso. Per un cambio di paradigma che coinvolga tutti" è stato il primo monotematico su questo tema organizzato dalla nostra Federazione. È stato un successo sia per i contenuti scientifici espressi sia per la partecipazione: oltre 450 colleghi (con una prevalenza di medici e di psicologici, ma anche con una folta rappresentanza di infermieri, educatori e assistenti sociali) provenienti da tutte le regioni italiane hanno dibattuto i temi proposti e riflettuto sulle iniziative di eccellenza in via di realizzazione in tutta Italia.

Il tema della prevenzione delle tossicodipendenze è sempre presente nei dibattiti e nei talk show.

Tutti ne parlano come della strada giusta per contrastare l'uso delle droghe ma aspettandosi che "altri" la agiscano.

Parlare di prevenzione è difficile e lo dimostra il fatto che pochi, molto pochi sono i congressi che hanno come oggetto la prevenzione: e le ragioni sono molte.

La nostra Federazione ha voluto cimentarsi su un tema difficile con l'impegno che la contraddistingue organizzando questo congresso nazionale.

Ben consapevole che la prevenzione è un contenitore spesso usato e anche abusato per descrivere le più diverse iniziative.

Ben consapevole che la prevenzione ha un suo dottrinale scientifico consolidato e condiviso, che molti gruppi lavorano oltre che sui fattori di rischio anche sui fattori di protezione (colleghi ricercatori ne hanno individuati oltre 70). Che esistono dei riferimenti scientifici internazionali importanti come le linee guida



del NIDA sulla prevenzione che noi abbiamo già tradotto in italiano e divulgato presentandole al nostro ultimo congresso nazionale.

Questo è stato un congresso molto speciale. Diverso dai convegni medici e sanitari a cui siamo abituati perché il tema di cui si occupa è un tema che riguarda tutte le agenzie sociali.

L'Italia è ricca di un patrimonio di esperienze che hanno visto il protagonismo di molte intelligenze e di molti entusiasmi nel settore. Esperienze polimorfe e dai contenuti anche molti distanti.

Nel nostro Paese da molti anni molti gruppi si sono cimentati in interventi di prevenzione e queste molto spesso sono iniziative pregevoli, di qualità, di assoluto spessore, in cui traspare capa-

* Segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD.

cità, cultura, entusiasmo, inventiva. Molte volte però si esauriscono allo scadere dei finanziamenti, molto spesso non hanno la opportunità di essere conosciuti. Nascono, brillano e si esauriscono all'interno di un territorio ristretto. Noi invece crediamo che questo sia un patrimonio di esperienze e una vera risorsa per il nostro paese che deve assolutamente trovare il modo di essere conosciuto e valorizzato.

La prevenzione deve poter essere lo strumento per fornire all'uomo le prospettive positive per un suo reale equilibrio nell'ecosistema del pianeta terra.

La prevenzione delle Tossicodipendenze ha sedimentato un dottrinale di riferimento corposo: dalla epidemiologia clinica agli approfondimenti sulla psicologia dei gruppi e sui cambiamenti psicologici correlati alle mutate dinamiche sociali; dalla strutturazione progettuale alla valutazione.

Oggi si usano droghe, e si comincia ad usare droghe, in dimensioni trasversali per età, censo, cultura. E ci si fa più o meno male con l'uso delle droghe anche in rapporto ai setting di uso e alle risorse personali.

Molte dinamiche e motivazioni legate ai nuovi modelli di consumo sono comuni ad altre espressioni di quella che abbiamo chiamato "la cultura dell'eccesso".

Il rincorrere in maniera convulsa la soddisfazione del piacere riducendo sempre più il tempo del desiderio; il mettersi in gioco in una dinamica sempre più estremizzata, tipica del "tutto o nulla", senza distinguere tra rischio e pericolo; il non accettare il susseguirsi naturale delle stagioni e dei cambiamenti ad esso legati: sempre giovani, sempre sesso, sempre atletici, sempre più bisognosi di un divertimento incalzante che dia l'unico senso che ci sembra di poter accettare nella nostra vita e quindi lifting, viagra, doping, droghe.

Tutto questo ci allontana sempre più dalla nostra dimensione biologica. Quella scritta, come dice Boncinelli, nei nostri geni in maniera praticamente immutata da millenni.



L'uso di droghe si inserisce ormai in una dimensione minutamente radicata in così tante espressioni della nostra quotidianità che, solo abbracciando questa complessità, possiamo operare quel cambio di paradigma essenziale per coinvolgerci tutti in quella che abbiamo fino ad ora chiamato la prevenzione delle Tossicodipendenze. L'educazione alla salute, la promozione dell'agio, la valorizzazione e la riscoperta di dimensioni di vita più naturali, il rifiuto di essere vittima di un mercato che ci trasforma da soggetti in consumatori non possono più essere relegati solo ai contesti familiari e preadolescenziali.

Tutte le agenzie sociali, a cominciare dai mass media, e tutti noi dobbiamo essere consapevoli che se si comincia a farsi male



con le droghe a 12 o a 45 anni questo dipende anche dai nostri valori.

Convinti di tutto questo abbiamo costruito il nostro congresso embricando due percorsi. Il primo è lo svolgimento di una riflessione culturale, congruente nelle varie sessioni, che ruota intorno alla cultura dell'eccesso. Il secondo percorso è dato dalla rappresentazione di un numero selezionato di interventi di prevenzione svolti in varie regioni del Paese. Per questo abbiamo scelto di costruire per la loro rappresentazione un ampio spazio – che è definito da relazioni, comunicazioni, presentazione di abstract e dalla disponibilità di uno spazio multimediale in cui poter presentare i tanti materiali prodotti – all'interno di un filo conduttore unico.

Nelle missioni delle varie sessioni sono stati posti in rilievo una serie di importanti temi di riferimento.

La prevenzione è una dimensione culturale per una lettura finalistica della realtà complessa degli umani eventi. Ma la prevenzione è anche uno strumento essenziale per cercare di ottimizzare le dinamiche relazionali tra gli uomini e per cercare di strutturare la società a misura d'uomo. La prevenzione attinge a molteplici discipline scientificamente accreditate e necessita, pertanto, in ogni contesto competente, di estremo rigore e consapevolezza nell'utilizzo delle risorse, nella definizione dei processi e nella individuazione dei risultati attesi. In caso contrario rischia di essere un mero esercizio intellettuale.

Il concetto di prevenzione in Italia è stato spesso il contenitore di esperienze troppo polimorfe per potervi ritrovare delle radici invariati. A questo segue una rappresentazione sociale delle prevenzioni tra gli operatori del sistema dei servizi e delle agenzie sociali del territorio in cui trovano spazio anche le esperienze mistiche e quelle caratterizzate da un arido schematicismo. Una rappresentazione sociale che ci appare troppo spesso ingenerosa per una straordinaria quantità di esperienze e di iniziative che hanno fatto crescere cultura e vaste competenze e che troppo spesso sono misconosciute. Dobbiamo favorire la loro crescita integrandole con le conoscenze scientifiche acquisite sia in tema di progettazione che di valutazione.

Il rapporto tra uomo e droghe nasce dalla scoperta di un bene naturale che si inserisce armonicamente nei vari contesti culturali contribuendo alla evoluzione della "filosofia" e della "medicina". Siamo riusciti a trasformare questo rapporto in un elemento di sofferenza, di pericolo e di stigma.

I mass media hanno un ruolo sempre più invasivo ed imponente nel determinare le modificazioni culturali che vedono il valore dell'uomo sempre più legato alla sua capacità di consumare che non, come è stato per millenni, di produrre e di realizzare. La cultura dell'eccesso è quella che alza sempre più il livello

delle lusinghe e promuove l'incalzare dei consumi in una ricerca compulsiva di piacere che riduce sempre più il tempo del desiderio. E lascia insoddisfatti giovani e adulti chiamati a cimentarsi in una relazione sociale che è sempre più governata dalla incertezza del futuro e da una richiesta di flessibilità.

I giovani hanno ancora, come sempre nel passato, il bisogno di un mondo adulto di riferimento. Superato il modello patriarcale gli adulti sono sfidati a proporre modelli alternativi significativi e significanti che non rappresentino una semplice tolleranza in una ambiguità di affetti.

Esiste nella società attuale una tendenza alla anticipazione dei desideri e una spinta al consumo che sposta sempre "oltre" il "bene" che ci appaga davvero.

Da ciò nasce un senso di inadeguatezza che in genere non si trasforma in un percorso di crescita ma rimane spesso solo come elemento di disagio.

I processi che stanno veicolando le globalizzazioni sociali, economiche e culturali, sono costellati di molteplici elementi di complessità. Gli strumenti essenziali che devono essere utilizzati per gestire questi processi sono rappresentati dalle varie forme di integrazione e di mediazione: essi rappresentano la ineludibile camera di compensazione di questa difficile transizione che vede il convivere di miriadi di sottoculture. Questi stessi strumenti rappresentano i veicoli culturali per "la prevenzione" in cui tutti debbono sentirsi impegnati.

I giovani hanno nelle loro mani le nostre speranze per il futuro. Per essi abbiamo costruito una dimensione sociale complessa, contraddittoria, piena di rischi. Ed in questo humus pieno di lusinghe effimere e di eccessi i ragazzi debbono vivere le tappe di transizione verso il mondo adulto.

Per farlo affrontano molti rischi compreso l'uso di droghe. Ed il mondo adulto fa finta di non vedere, oppure guarda, non capisce, è attonito, chiede alle istituzioni di "fare prevenzione" illudendosi di abdicare al proprio ineluttabile ruolo di attori e di protagonisti.



Penso che questo accada soprattutto perché il mondo adulto prima si disinteressa del problema dell'abuso di droghe e se poi questo tocca la sua famiglia cerca nel suo bagaglio di esperienze cosa fare e... "non trova nulla...". Allora... chiede agli specialisti.

Coloro che usavano le droghe e che tanti anni fa hanno fatto da cavia e ci hanno allenato a fare questo mestiere non ci sono più. Le caratteristiche intrinseche, psicologiche, le motivazioni, il modo di essere e di vivere, i setting dei tossicodipendenti degli anni ottanta non esistono più. Conosco e conosciamo insieme pazienti che mai avrebbero toccato la cocaina pur se ne avesse-

ro avuto un grande quantità davanti. Oggi quasi non conosciamo pazienti che non usano molte droghe diverse, ma soprattutto usano contemporaneamente sostanze sedative e sostanze eccitanti: eroina e cocaina. Concentriamoci su queste. Siamo andati ad interrogarci sul perché di questi cambiamenti. Sicuramente gioca un ruolo importante l'offerta del mercato, ma sicuramente siamo anche di fronte ad un cambio generazionale di obiettivi, di sensazioni, di valori, di desideri e questa nostra riflessione è venuta contemporaneamente con i risultati delle prime indagini che facevamo sulle popolazioni giovanili e che ci aprivano degli orizzonti. A questo punto ci siamo ricordati di Konrad Lorenz e della sua etologia, di come le oche seguono anche un uomo se l'hanno visto allo schiudersi dell'uovo e quindi la considerazione che comunque tutti, anche i giovani di oggi, hanno bisogno di un mondo adulto di riferimento. Ma a questo punto si poniamo un altro interrogativo: non sarà che questo mondo adulto di riferimento gioca un ruolo importante nei cambiamenti che osserviamo? Pensiamo di sì, come cercheremo di dimostrare e conseguentemente riteniamo che uno dei principi guida della prevenzione debba consistere nel rimettere in gioco gli adulti.



La nostra società si caratterizza per la pervasività della "cultura dell'eccesso" e siamo andati a rileggere tutta la nostra esperienza precedente alla luce di questo nuovo punto di osservazione. Un eccesso di cui ci sono migliaia di espressioni anche nel mondo adulto non legato alle tossicodipendenze, quel mondo adulto che poi diventa stampo, marchio, che dà l'imprinting ai giovani. Una cultura dell'eccesso che è diffusa in tutto il nostro mondo occidentale e che fa da matrice ai comportamenti in cui si può leggere questa propensione all'uso di droghe.

Molti autori hanno in questo periodo prodotto riflessioni sulla cultura dell'accesso, sulla flessibilità, sulla incertezza del futuro, su questo avere valore più che per la capacità di produrre per la capacità di consumare, su questo bisogno da parte dei venditori di merci di alzare sempre di più il livello di suggestione per far consumare sempre di più, sul succedersi incalzante di consumi stimolati dal piacere di consumarli. I ragazzi desiderano una cosa è dopo un minuto ce l'hanno; magari ce l'hanno anche prima di averlo desiderato, lo consumano in brevissimo tempo e poi lo lasciano perché c'è subito qualcosa di altro da "consumare".

Renzetti, parlando di stili di vita, sistemi valoriali e comportamenti a rischio, ha offerto al congresso una serie di stimoli utilissimi e molto apprezzati rispetto alla aggressione del sistema mediatico nella coercizione al consumo sfrenato, molto in linea con i temi della cultura dell'eccesso.



Circa 8 anni fa la TIM lanciò la rete di telefonia mobile con uno slogan molto indovinato: *"A cosa serve un confine? Ad essere superato"*. Oggi quella formula (poi copiata da altre aziende, es. Fernet Branca *"liberi da confini"*) si è notevolmente "radicalizzata" offrendo una promessa enorme: *"TIM - vivere senza confini"*. L'Adidas da parte sua alimenta la voglia di andare oltre ogni limite con una frase che suona perentoria come un comando: *"Impossibile non è un fatto ma un'opinione"*.

Mentre la Ford Fiesta ci invita a "liberare" le nostre emozioni e l'Alfa Romeo ribadisce che *"il cuore ha sempre ragione"*, specie quando è governato da un pizzico di follia. La FIAT – all'ultimo salone di Ginevra – ha riesumato una frase del vecchio Jack Kerouac: *"Dobbiamo andare e non fermarci finché non siamo arrivati. Dove andiamo non so, ma dobbiamo andare"*. Ma la più sconcertante campagna promozionale è quella del marchio Aprilia (moto): dopo averci ricordato che "è così disonorevole essere superati" ci mostrano la foto di un motociclista (in realtà addobbato come un guerriero d'altri tempi) che fa harakiri: un enorme spadone nella pancia e sangue che gronda!!!

Possiamo sorridere o scandalizzarci, ma poi dobbiamo prendere in considerazione molto seriamente la pubblicità perché – parafrasando Von Clausewitz – "la pubblicità è la continuazione della guerra con altri mezzi", nel senso che è una variante dell'arte della conquista e della sottomissione. Non a caso, il bilancio annuale della pubblicità supera i 500 miliardi di dollari. Ed è il secondo bilancio mondiale, dopo quello della guerra – appunto – che è di 800 miliardi di dollari (Serge Latouche – D: 4 marzo 2006).

Da sempre, i messaggi pubblicitari ci invitano a sfidare l'immaginabile, oggi promuovono una soluzione vincente: per vivere in maniera soddisfacente – nel lavoro o nel tempo libero – dobbiamo adottare protesi ad alto contenuto tecnologico e rimedi chimici dall'effetto dopante. Dunque, tutto diventa possibile se dai spazio alla tecnologia. La tecnologia è un treno che non prevede fermate, senza pause riflessive e valutazioni critiche, e noi siamo lì, lungo i binari, passeggeri ansiosi, terrorizzati all'idea di rimanere a piedi e disposti dunque a saltar su ad ogni costo. E fino a dove possiamo spingerci? Facciamo una rapida carrellata di notizie rubate dai giornali.

Nicholas Negroponte – fondatore e direttore del Media Lab del MIT di Boston (dunque non di un circolo ricreativo di mattacchioni) scrive: "Immaginate un paio di pantaloni che camminano al vostro posto. Mediante un vostro semplice comando, il materiale diventa rigido, articolato e capace di amplificare piccoli movimenti. Starsene in fila non richiede nessuno sforzo, e oltrepassare con un salto una macchina è un gioco da ragazzi.

Se vi sembra esagerato, provate a immaginare un paio di scarpe che vi insegnano a ballare o che vi evitano di inciampare o compiere passi falsi. O magari una giacca che vi sussurra all'orecchio il nome della persona che state per incontrare. Solo una parte della tecnologia deriva dalla scienza e dalla ingegneria, molte altre cose derivano da un certo "punto di vista" e nel Media Lab stiamo facendo di tutto perché questo possa accadere" (MODA - supplemento della Repubblica del 20 febbraio 2006).

A Stoccolma, nel dicembre 2005, alcuni cervelli della genetica annunciano: stiamo entrando nell'era del doping genetico e i cultori dell'epo (l'ormone che fa volare) dovranno adeguarsi. Entro 10 anni si potrà modificare il DNA dei futuri atleti cambiando la qualità muscolare della persona: aumenterà il volume, la forza, la velocità e la resistenza. Inoltre si potrà incidere positivamente su dolore e fatica.

Questa è una piccola e disordinata rassegna di "novità" (senza citare lo straordinario successo delle droghe illegali) ma è abbastanza da formulare un'ipotesi: mondi e saperi apparentemente lontanissimi (ricerca farmacologia, sistemi digitali, industria della moda e tecnologia delle macchine) si corrono incontro, si abbracciano e cooperano per realizzare una "mutazione" estetica ed estatica, ridisegnando la nostra identità ibrida attraverso la manipolazione del corpo e la cosmesi della mente. È una rivoluzione in cui potenza – riskio – lusso – pericolo vanno a braccetto.

In tutto questo percorso da sempre, almeno io memore delle lezioni dei miei maestri che dicevano che la diagnosi te la fa il malato solo se sei modesto e umile e capace di stare ad ascoltarlo, sostengo la tesi che bisogna ascoltare i giovani per capirli.



Sono loro che, se li sai sollecitare e ascoltare nella maniera giusta, ti dicono chi sono, cosa vogliono e cosa succede. Forse sta in questo la grande capacità che ha Charmet quando poi con forza arriva a dire "... non si fuma contro il padre, non si fuma contro la madre".

La prevenzione la pensano sempre gli adulti convinti che bisogna agire sul mondo giovanile. Pensiamo da tempo che la prevenzione debba riguardare tutti, giovani e adulti, e che ci debba essere uno scambio in cui dobbiamo imparare dai giovani, ascoltandoli, per metterci tutti in gioco.

In un brainstorming diffuso che ha interessato oltre 300 studenti abbiamo ascoltato le loro opinioni su questi temi.

Uno dei leitmotiv è lo spaesamento. Tra i ragazzi dell'ultima generazione, molti sono consapevoli sia del labirinto di contraddizioni che caratterizza la società di cui sono parte, sia del fatto di essere, fin da bambini, l'oggetto e il target specifico di un

immenso mostro divoratore: l'economia delle società post-industrializzate, che li abitua da sempre a consumare, e che li consuma, dentro. Perché troppo spesso ci si ostina a sottovalutare il potere usurante del consumismo sull'intelletto e sull'intuizione, quando fino a pochi anni fa consumare e stare al passo con le mode e le innovazioni tecnologiche era solo una piccola, e in alcuni casi minuscola, porzione dell'esistenza?

L'idea dell'eccesso si lega immediatamente alla idea di superare il limite, il limen, ad andare oltre.

Scrivendo Turner, l'autore di *Antropologia della Performance*: "la liminalità dissolve tutti i sistemi positivi e accettati dal buon senso nei loro elementi e gioca con essi in modi inesistenti sia in natura che nelle consuetudini". In questo senso, Turner coglie nel limen il gusto per la ribellione, che tra i giovani di oggi appare tuttavia prevalentemente afinalistica e aspecifica e dunque non supportata da modelli di vita alternativi più o meno validi.



Nei suoi connotati ludici, percorrere il limen è un giocare con il nulla. Un modo per sfiorare, senza terrorizzarsi, il vuoto e la paura. Esistere nella liminalità permette di negare una parte dell'esistenza, e di non viverla. Ma il diniego diventa un cane che si morde la coda, accrescendo il disagio e quegli stessi sentimenti di incertezza e inadeguatezza da cui è scaturito.

Viviamo ormai in una società in cui l'uomo consumatore si definisce sempre più come collezionista di piaceri e cercatore di emozioni. Il tempo del divertimento non è più una parentesi nello svolgersi delle nostre attività. La cultura dell'eccesso non è solamente dei giovani e incide profondamente sui nostri livelli di soddisfazione, sulla nostra ricerca continua di superare il limite. Gioca un ruolo importante nella genesi dei comportamenti di abuso così come ora li osserviamo e che coinvolgono tutte le età. Addirittura mi viene da pensare ad una vera e propria "malattia dell'eccesso" intesa come ad una mentalità distorta necessariamente scaturita in un ambiente altrettanto alterato e distorto. Eppure una buona parte del mondo "adulto", quando il rapporto situazione/comportamento non funziona o è addirittura completamente squilibrato, è propensa ad attribuire la stranezza alla persona piuttosto che alla definizione della situazione. Uno degli elementi costitutivi di questa malattia dell'eccesso sta nel fatto che, in modo quasi palpabile, molti ragazzi esperiscono una condizione anomica. L'anomia (a nomos – privo di legge) può essere definita come l'assenza di leggi, di regole, di ordine. Ma chi ricorda gli studi del sociologo francese E. Durkheim e quelli più recenti di R. Merton, sa che l'anomia indica anche una condizione interna dell'uomo, un modo di percepire (o non percepire) la vita e la società circostante. Se alla divisione del lavoro sociale accostiamo le continue innovazioni tecnologiche ed

economiche, la fine della stabilità delle posizioni lavorative, lo smantellamento e il riassetto di molte strutture istituzionali e sociali di riferimento e la progressiva complessità e diversificazione sociale, il rischio di anomia è praticamente inevitabile. Così, assistiamo alla disgregazione ontologica di milioni di persone che non riescono ad integrarsi e ad individuarsi e perdono il contatto e il legame con la realtà.

Parlando di malattia dell'eccesso dobbiamo porci altre domande. Il fatto che si possa vivere nella sensazione di una mancanza di stimoli in un mondo caratterizzato proprio dall'iperstimolazione e dall'eccesso di informazioni, porta con sé un doloroso interrogativo: in una società in cui la sovrabbondanza di informazioni genera ignoranza, è possibile che l'eccesso di stimoli conduca all'apatia? E con quali strumenti possiamo discernere ciò che ci nutre da ciò che ci inquina e ci avvelena interiormente... se è la società a far apparire normale ciò che non lo è?

In verità avere troppi desideri, sollecitati e tartassati da ogni parte, nella fabbrica di quelli che Marcuse aveva definito "falsi bisogni" – e che altro non è che la moderna società, è come non averne nessuno.

Una delle caratteristiche dei nuovi modelli di uso delle droghe sta nel fatto che usi le droghe e le usi un momento e basta e quindi le usi ma non ne sei drogato, non ne sei malato, ne puoi fare un uso sporadico, transitorio, in un momento della tua vita, in un momento del tuo mese o del tuo anno, proprio come un oggetto da consumare e da buttare via quando cambiano i percorsi.

Crediamo che conoscere un po' di più questa cultura dell'eccesso ci aiuti a capire meglio i comportamenti di abuso e a guardare con desiderio alle "politiche della libertà".



A questo punto della nostra riflessione è sembrato che questo tema era, meritava, aveva la suggestione sufficiente per spenderci energie, per studiare questo mondo e questo è quello che ci siamo messi a fare. All'interno di questo mondo, abbiamo visto come appunto si riduce sempre il tempo del desiderio, come ci racconta Italo Calvino in quel libro "T con zero" e anche Giacomo Leopardi nello Zibaldone italiano. E nessuno mai come Platone (dice U. Galimberti) ha indagato la natura del desiderio, cogliendone l'essenza nell'insaziabilità, perché il desiderio è mancanza, è vuoto, da pensare non come uno stato stabile contrario al pieno, ma come uno stato insaturabile che si svuota man mano che cerchiamo di riempirlo, come la "giara bucata", per stare alle immagini di Platone, o come il "piviere" che è quell'uccello che mangia e nello stesso tempo defeca. Iniettarsi eroina si dice in italiano "bucarsi". Il corpo si fa "abisso" che etimologicamente significa "senza fondo". Allo stesso modo in Francia "essere alcolizzato" si dice "boire comme un trou" bere

come un buco. Tossici e alcolizzati parlano in greco antico e descrivono la loro incapacità di “contenere” con immagini platoniche. La tossicomania sembra infatti incarnare alla lettera la teoria platonica del desiderio che fa della mancanza non il motore della ricerca della felicità, ma quella “belva dispotica e indomabile”, per stare ad un'altra immagine platonica, che spinge ad aggrapparsi ad essa senza poter più tendere ad altro. Sotto questa forma il desiderio ci fa provare un dolore insopportabile eppure irresistibile, e il piacere che ne segue è cessazione di questa pena, non-dolore, piacere negativo, come dopo la prima dose, quando quella successiva non porta voluttà, ma evita la caduta nella sofferenza.

Un altro elemento che abbiamo potuto osservare costantemente e che ci sembra molto rilevante è la sempre maggiore confusione che c'è tra rischio e pericolo dove nell'uno c'è la componente che non viene dalle tue scelte, un qualcosa di ineluttabile, mentre il pericolo è invece legato alle tue scelte.



In questo mondo incalzante di eccessi si tende a confondere rischio e pericolo come se il tuo prendere rischi (p.es. andando a duecento all'ora sulla autostrada) diventa parte irrinunciabile, uno stereotipo a cui tu sei obbligato.

Parlando di incertezza del futuro e di flessibilità, Buzzi ha sottolineato il ruolo che esse hanno come pre condizioni che rendono possibile la cultura dell'addiction e la cultura dell'eccesso. Vi è sicuramente una relazione tra l'incertezza del futuro, la flessibilità e lo svilupparsi dell'attenzione giovanile nei confronti dell'addiction e dell'eccesso. Noi viviamo in un momento storico nel quale la nostra società, lo abbiamo già sottolineato prima, sta cambiando a ritmi rapidissimi, e questa trasformazione veramente veloce, rende difficile per l'individuo metabolizzare il cambiamento.

Una società che cambia così rapidamente produce molti effetti.

- Il primo di questi è la crisi dei modelli di riferimento tradizionali, forti, che sono il portato delle ideologie, della sensibilità religiosa. Oggi si assiste ad una obsolescenza dei sistemi di valori totalizzanti, siamo entrati in un periodo dove le certezze si sono vanificate, si sono incrinare le tradizionali basi su cui poggiavano in passato le sfere etiche socialmente condivise. I risultati di questo processo sono all'occhio di tutti. Oggi sono in crisi le appartenenze collettive che diventano sempre più deboli. L'interesse dei giovani è un interesse che lascia la sfera sociale, la sfera collettiva, per concentrarsi sempre di più nella sfera della piccola società ristretta, cioè ad esempio il gruppo dei pari.
- Vi è un declino della partecipazione, tutte le ricerche ci dicono come l'associazionismo sia in declino. L'associazionismo

un tempo dava uno spazio di azione ai giovani più ampio, era anche un ambito di relazionalità diversificata rispetto alla semplice e più ricorrente relazionalità del piccolo gruppo.

- S'impone anche una sorta di relativismo valoriale.

Queste trasformazioni sociali, hanno influenzato enormemente i processi socializzativi, Charmet parla di una trasformazione delle strutture familiari italiane che passano dalla “famiglia delle regole” alla “famiglia degli affetti”. La famiglia delle regole aveva una mission importante e molto chiara: la trasmissione di modelli di vita ai propri figli basati sull'assunzione di ruoli dettati dalle aspettative sociali adulte. La famiglia degli affetti, invece, muta questa mission; l'accento viene posto sugli aspetti relazionali, sugli aspetti affettivi. La famiglia diviene soprattutto uno spazio di relazione affettiva.

La trasmissione delle regole e i modelli di vita perdono di centralità, anzi le norme di convivenza all'interno della famiglia diventano negoziabili e quindi si assiste a una continua negoziazione di norme e di regole all'interno della famiglia stessa tra genitori e figli. Non solo, ma, mentre nella famiglia tradizionale i ruoli erano ben chiari e definiti, e la leadership all'interno della famiglia era evidentissima, oggi questi rapporti cambiano, diventano più complessi, a volte si assiste addirittura a una inversione di leadership e di ruoli. Pensiamo alla conoscenza, un tempo si sapeva bene chi conosceva, erano i genitori che conoscevano e i figli dovevano imparare: era molto semplice il rapporto. Aristotele dedicò la sua maggiore opera etica al figlio Nicomaco, simboleggiando quella trasmissione della saggezza che ha caratterizzato il mondo occidentale per millenni. Fino a ieri la nostra cultura era dominata dal valore della maturità. Oggi siamo di fronte a un cambiamento epocale. Un padre ha ben poco da insegnare ai suoi figli. L'esperienza conta sempre meno, l'apertura all'innovazione sempre di più. Per questo oggi il rapporto figli genitori è diventato molto complesso. La e-revolution è la prima ad essere fatta dai giovani in nome della gioventù. “Per la prima volta – scrive Don Tapscott, nel suo *Growing Up Digital* – i ragazzi conoscono e controllano meglio dei loro padri un'innovazione centrale per la società”.



Con la cultura digitale, con l'avvento della tecnologia, oggi i giovani fanno molto di più rispetto ai loro genitori, anzi, e sempre molto più frequentemente, i genitori devono rivolgersi ai giovani, ai figli nel momento in cui debbono sapere qualcosa, debbono far funzionare qualche marchingegno elettronico, devono consultare internet. E si rivolgono al bambino o alla bambina di 10 anni, perché è più in grado di entrare in questi contesti conoscitivi e di nuovo sapere.

Queste trasformazioni hanno ovviamente anche avuto delle grosse influenze sulla cultura giovanile.

Inoltre, la popolazione giovanile attuale vive lo schiacciante paradosso di trovarsi sì dentro il villaggio globale della comunicazione multimediale, così precocemente e selvaggiamente accessibile a tutti, ma nello stesso tempo di essere al di fuori da ogni circuito di produzione e fruizione di una conoscenza approfondita.

La sovrabbondanza e il caos informativo hanno contribuito ad un progressivo depauperamento e dequalificazione dei livelli conoscitivi, smembrando in modo significativo anche il background culturale delle precedenti generazioni.

L'evoluzione dei media ha diminuito il valore e il significato dell'essere fisicamente presenti nel fare esperienza di persone ed avvenimenti

Secondo D.J. Boorstin, autore di *The Republic of technology*, i nuovi media "producono in massa il momento" rendendo le esperienze ripetibili, e contribuiscono ad appiattire tempi e luoghi.

Già nel lontano 1964, McLuhan affermava che i media elettronici avevano abolito il tempo e lo spazio. Relegare le emozioni in situazioni "virtuali", videogames, chat-line, play-station e quant'altro, non contribuisce forse ad acuire le normali difficoltà adolescenziali nelle relazioni interpersonali e nell'acquisizione di una propria identità? Nel trovare una collocazione spaziotemporale a se stessi, nel dare un senso al proprio essere-nel-mondo?

Uno degli snodi fondamentali allora è la concezione del tempo. L'incertezza del futuro si collega con la concezione che i giovani hanno del tempo. A volte non ci soffermiamo su questo aspetto ma è un aspetto fondamentale. Il tempo è distinto in dimensioni, abbiamo il passato che è l'esperienza, è la memoria storica. Un giovane non ha molta esperienza, non ha molta memoria storica, però l'importanza di riuscire a valorizzare il passato, quindi la propria esperienza è fondamentale nella crescita di un giovane. Poi, abbiamo il presente, che è la dimensione contingente, nel quale il giovane vive, nel quale esprime le sue scelte. Infine abbiamo il futuro, che è il proiettarsi nel divenire. Per un giovane questa dimensione è fondamentale: infatti ha davanti a sé uno spazio di divenire e di crescita molto ampio. Tanto è vero che la concezione del tempo muta a seconda dell'età, ad esempio un anziano è molto più rivolto al passato che al futuro, per il giovane dovrebbe essere il contrario.

Oggi invece si assiste ad un fenomeno che Cavalli chiama "la sindrome di destrutturazione temporale", cioè egli nota nelle nuove generazioni una dilatazione abnorme della dimensione del presente. Che cosa vuol dire una prospettiva giovanile di tipo presentista? Gli psicologi parlano di frammentazione del tempo psichico, oppure di segmentazione del vissuto quotidiano: sono tutti elementi che poi si riferiscono allo stesso concetto di "presentismo". Il presentismo nasce dai ritmi incessanti del cambiamento. In una società dove tutto cambia così velocemente, il passato perde di importanza, perde di significato. Pensiamo solo al ruolo dei media, di come sono sempre sull'evento del contingente, e tutto ciò che è capitato qualche giorno fa viene dimenticato, perché le notizie incalzano in maniera rapidissima. Oggi lo spettatore televisivo è uno spettatore proiettato in maniera abnorme nel presente, perché poi le cose del passato si dimenticano, perché sono incalzate e sostituite da cose nuove. Accanto al fatto che il passato sta perdendo lentamente di significato, in una società che cambia velocemente, anche il futuro è molto problematico. Come si fa a investire su un futuro che non si conosce e che ci cambia a un ritmo così evidente e così intenso? Il passato ha perso di importanza e il futuro non è più prefigurabi-



le almeno in modo preciso, e il giovane tende a controllare l'unica dimensione che riesce a capire e cioè il presente. Oggi i giovani sono presentisti, vivono nella contingenza, vivono nelle loro relazioni in maniera estremamente pragmatica, i problemi li affrontano di volta in volta così come nascono, così come si propongono loro.

In questo andamento fantasmagorico le età della vita perdono i loro connotati anagrafici. Prendiamo altre due notizie dai giornali: il 63% delle bambine inglesi tra i 7 e i 10 anni usa il rossetto (da un rapporto dell'Istituto di Ricerca Mintel - 2005), ma l'obiettivo più ambizioso è conquistare la fascia d'età dai 7 ai 12 anni con una tavolozza di prodotti appetibili come lo smalto per le unghie, ombretti, rossetti, creme rassodanti e profumi. Con queste offerte così lungimiranti finalmente le bambine possono avere un'aria da donna.

Seconda notizia: nei negozi di abbigliamento femminile non si trovano facilmente abiti con taglie al di sopra della 46 e le trentenni o cinquantenni dalle linee morbide (insomma, non filiformi) devono impegnarsi non poco per cercare misure adatte, sfidando persino lo sguardo della commessa taglia 42. Da una parte sembra che la maturità - in ogni senso - stia perdendo il diritto di cittadinanza, e dall'altra si accorciano le tappe di avvicinamento all'età adulta. Non è più la biologia a marcare i confini, ma gli stili di vita, di abbigliamento, di linguaggio. Nascono figure ibride: adolescenti che invecchiano prematuramente e adulti inchiodati a una condizione di perenne adolescenza.

Quindi da una parte abbiamo la incertezza, da una parte abbiamo un esasperato pragmatismo, dall'altra abbiamo il declino della partecipazione. Ecco, questi concetti sono tra di loro interconnessi.

In una interessante ricerca sui giovani e il senso della storia, i giovani sarebbero sempre di più incapaci di pensarsi protagonisti attivi nei confronti dei processi decisionali collettivi.

Questo è un elemento fondamentale: la tecnologia ha reso possibile il vivere, ed in maniera esasperata, nel presente. È possibile vivere il presente senza programmarlo. Questo sembra un salto concettuale estremamente rilevante.

Vi è anche un secondo elemento: particolarmente importante da sottolineare: quello della reversibilità della scelta. In un mondo incerto, in un futuro incerto, il processo decisionale si complica. Come si fa ad assumersi la responsabilità di una scelta se non sappiamo con precisione dove questa scelta ci porterà? Le scelte definitive diventano un elemento di pericolo, di instabilità psicologica. Il giovane preferisce rivolgersi a quel tipo di scelte che sono revocabili, quelle scelte da cui si può tornare indietro. Una scelta definitiva spaventa, è un'assunzione di responsabilità eccessiva. Che cosa vuol dire poter tornare indietro? Vuol dire lasciarsi aper-

te tutte le possibilità; vuol dire, fra le varie opzioni, porsi in termini esplorativi: tento e se non mi piace torno indietro. Forse questo è uno degli elementi che caratterizzano oggi la gioventù d'Italia. A trent'anni la maggior parte dei giovani italiani vive ancora in famiglia, non ha ancora fatto quella scelta definitiva di diventare adulto. Certo, ci sono aspetti strutturali nel mondo del lavoro, nel sistema di welfare, che ostacolano il passaggio dei giovani dall'adolescenza all'età dei ruoli adulti, però esistono anche delle dimensioni culturali, che influenzano questo passaggio. È possibile legare questa propensione a vivere rifuggendo dalle scelte vissute come "irreversibili" con un altro fenomeno, che è quello dell'accettazione del rischio. Accettare il rischio in un'ottica reversibile vuol dire essere convinti di poter tornare indietro. Io mi ubriaco, assumo sostanze, però sono sicuro di poter tornare indietro. Questa è un po' l'illusione giovanile dei giovani di oggi: vuol dire essere convinti di controllare ad esempio la sostanza.

L'incremento dell'offerta, in tutti i settori, complica la vita degli individui e dei giovani in particolare e di conseguenza, lo sappiamo bene, l'incertezza per il futuro si acuisce. E quando il problema della scelta diventa un problema sempre più difficile, i comportamenti di crisi aumentano, si diffonde l'esposizione al rischio, aumentano i consumi compulsivi, la cultura dell'addiction, tutti i fenomeni che derivano e sono facilitati da questa situazione.



Un altro elemento di straordinaria importanza che caratterizza il mondo giovanile è "l'imporsi del relativismo valoriale", che è un po' il superamento di quelli che erano i grandi sistemi di valore tradizionale. Oggi si assiste a un ampliarsi del relativismo valoriale. Molti dicono che i giovani non hanno valori. Non è vero i giovani hanno dei valori, ne hanno tantissimi: il problema è che non li hanno inseriti all'interno di un sistema. Il problema dei valori giovanili oggi è che non costituiscono un sistema di valori organico, dove vi sono delle priorità, ma costituisce un insieme, diciamo un'accozzaglia di ideali dove non esistono priorità, dove un valore vale all'interno di un certo contesto, ma non vale all'interno di un altro contesto esistenziale. Quindi è l'ambito esperienziale che produce la scala dei valori. Con gli amici i valori sono di un certo tipo, in famiglia visto che poi ci rimangono fino a trent'anni e quindi una certa negoziazione di regole, di norme e di valori esiste, i valori che sono prevalenti sono altri. E il giovane oggi vive senza contraddizioni il passaggio da ambiti valoriali a ambiti valoriali di un altro tipo. Un esempio è costituito dalla assunzione di sostanze. Fino a qualche decennio fa l'assunzione di sostanze era legata a una motivazione di carattere discutibile, ma di carattere valoriale. L'assunzione di droghe era una manifestazione nei confronti della società adulta, vi era consapevolezza (almeno per le droghe leggere) della trasgres-

sione. Oggi il giovane che assume hashish e marijuana è un giovane che non ha la consapevolezza della trasgressione.

Per questo motivo è ulteriormente difficile oggi fare prevenzione. Infatti il giovane che si trova la sera con gli amici e fuma lo spinello, non sta vivendo un'esperienza di trasgressione: all'interno di questo ambito esperienziale questa è normalità. Quindi i valori che vengono espressi all'interno di questa esperienza possono permettere cose che in altre situazioni il giovane non ritiene possibili e quindi ritiene non attivabili.

Il tempo schiacciato sul presente, il relativismo valoriale, il declino dei modelli di riferimento tradizionali, il dominare dei valori della società ristretta, una vita vissuta in multitasking dove una duplice o addirittura multipla personalità diventa "normale" fa sì che queste continue, pressanti, seduttive offerte migliorative debbano prevedere un funzionamento neurobiologico compatibile, una duttilità bio-pisco-sociale ad alta definizione. E quando i nostri personali limiti non tengono il ritmo, allora ci sono almeno due modi per fronteggiare le sfide della contemporaneità: drogarsi o doparsi – rimedi antagonisti e complementari, come l'asola e il bottone, possibilità trasversali al visibile e all'invisibile, a ciò che è legale e alle pieghe dell'illegalità. Le città apparenti e quelle impresentabili si specchiano l'una nell'altra e facilmente le persone passano, anche nell'arco di una sola giornata, da una dimensione all'altra.

Come dice acutamente uno scrittore, "se la realtà non ti soddisfa, ti conviene inventarti qualcos'altro alla svelta" (cit. in Adam Langer, *I giorni felici di California Avenue*, Einaudi) ed è questo che facciamo, o almeno ci proviamo.

In questa cornice culturale, valoriale, etica, che senso ha parlare di "prevenzione", di promozione e tutela della salute? Se davvero vogliamo farlo, allora dobbiamo accettare qualche premessa: questa è la società della chimica, delle protesi tecnologiche ed è anche l'era delle immagini.

Le immagini ci inseguono, si sovrappongono e trionfano, mentre le parole restano lontane, quasi un rumore di fondo, a volte molto irritante. Le immagini ci assediano e ne siamo prigionieri giocosi. Le immagini in movimento e i suoni hanno la stessa virtù della chimica: sono veloci, immediate, potenti. Le parole scivolano via, come sabbia: ritenzione zero. E questo ha qualche conseguenza. Sono saltati i rimedi, le cure e le proposte terapeutiche fondate sul suono della parola, sul ritmo del pensiero. Le parole hanno bisogno di tempo, per essere formulate, ascoltate, sedimentate, e dunque sono lente. La chimica, al contrario è veloce. Le parole presumono l'incontro, la relazione, la ricerca di spazi protetti. La chimica si insinua ovunque, ci accompagna con discrezione, si adatta a tutte le situazioni. La filosofia e la psicoanalisi hanno il fiato grosso: troppe ore al chiuso. La chimica ha l'alito fresco, seduttivo, sensuale. Le parole compongono un blob denso, vischioso: rimasticano concetti insipidi. La chimica ti fa sentire lucido e scattante come la pallina di un flipper. Le parole sono timide, prudenti, piene di scrupoli e di incertezze: formulano domande e altre domande. La chimica offre certezze, e alla velocità della luce. Le parole indugiano, sono costrette a deviazioni, devono chiarire malintesi. La chimica va dritto al bersaglio. Le parole generano sensi di colpa, pentimenti, faticosi cambiamenti di rotta. La chimica ti alleggerisce e mette a tacere i dilemmi dell'esistenza. Le parole lasciano lunghi spazi al silenzio, al formicolio della mente, al torpore. La chimica ti ricorda che *life is now*: la vita è adesso e non c'è tempo da perdere. Come ha scritto qualcuno (Flaubert) – col suono delle parole vorremmo "commuovere le stelle", ma a mala pena facciamo "danzare gli orsi". Possiamo rassegnarci alla civiltà delle protesi? La mente è un sistema composito, una parte razionale (progettuale – responsa-

bile – orientata a valutare le conseguenze future) e l'altra inconscia (emotiva – incline al rischio – centrata sul qui ed ora). Ora il problema è che queste due componenti comunicano in maniera imperfetta, anzi mettono in atto conflitti infiniti che generano auto inganno, dissonanza cognitiva, desideri e comportamenti contraddittori (F. Daveri - Il Sole 24 Ore, 12 marzo 2006). Se il cervello non è un'organizzazione gerarchica in cui la padronanza di sé tiene saldo il posto di comando, allora questo dovrà avere qualche conseguenza anche sul nostro modo di fare prevenzione. Senza indulgenza né cinismo, bisogna cogliere alcuni tratti evolutivi della "normalità" per scoprire la radice dei nostri "comportamenti estremi". Quello che ci spinge a forzare le abilità e le doti personali con il supporto di protesi di varia fattura (e diversa natura) è l'ansia di stare "dentro" e non "fuori". O meglio, il dentro e il fuori (padronanza di sé verso alterazione del sé) sono contrapposizioni ormai desuete e inconsistenti perché per stare ben "dentro" non possiamo che sentirci non solo "fuori" ma decisamente "oltre". Il sogno di una vita al 100%, il desiderio di un'esistenza "multicentrum", con le aspettative, le priorità e gli interessi che si moltiplicano seguendo una geometria stellare, è alimentato da una chimica che non conosce limiti, dove ogni prodotto ne "giustifica" almeno altri due, senza troppe sottili distinzioni, tra naturale e artificiale, prescritto e autoprescritto, legale e illegale, ricreativo e performativo. Oggi il sistema sanitario – quello costituito dai Servizi Formali di Prevenzione, Diagnosi e Cura – sotto la pressione di una dieta dimagrante che non ha limiti (e rischia seriamente l'anoressia) dibatte un quesito difficile: come allocare risorse scarse a fronte di richieste crescenti? Acuzie o cronicità? È un problema indecidibile perché prefigura l'obbligo di una "scelta tragica", ovvero una decisione che non risolve e scontenta tutti. La questione resterà aperta a lungo ed è probabile che saranno premiati quei sistemi di cura che risponderanno alle acuzie, alle emergenze, a quelle criticità troppo visibili per poterle nascondere. E, tra questi, sarà opportuno potenziare e rendere diffusi i servizi di "pronto soccorso" in grado di rimettere in piedi e "far funzionare" le persone vittime del fuoco amico, le persone che acriticamente si sono affidate alle virtù della chimica trascurandone gli effetti iatrogeni. A marzo, in un seminario promosso dall'ISS, gli operatori del pronto soccorso e dei centri anti-veleni hanno discusso delle nuove emergenze e di come non solo molti ricoveri per incidenti stradali, ma numerose altre acuzie, sono imputabili al consumo combinato di farmaci, alcol e droghe; droghe nuovissime e meno nuove, sostanze la cui composizione chimica è misteriosa, inedita e sconosciuta. Sarebbe necessaria la presenza di un tossicologo clinico

in ogni dipartimento di emergenza, dicono questi colleghi. Certamente sì, e non basta. Renzetti allora formula una piccola eresia: un'azione preventiva sui rimedi dopanti può essere utile se si innesta puntualmente su esperienze negative e, di conseguenza, apre spazi di elaborazione.

Certo, è vero, le parole sono lente, ma la chimica contiene non pochi effetti iatrogeni. Quando questa verità diventa esperienza, quando questa esperienza diventa "evento critico", a quel punto le parole tornano udibili e acquistano senso.

Essere lì dove le cose accadono significa che non si fa prevenzione solo a scuola o in discoteca, ma con modalità differenti anche nei servizi di pronto intervento, certo senza confondere, sovrapporre e ostacolare i diversi piani di lavoro. A sentire le sue riflessioni a noi tornano in mente le parole di Gary Becker, un premio Nobel, e i suoi studi "sull'approccio economico al comportamento umano".

Pensate alla pubblicità televisiva di un "banale" antidolorifico da banco: i suoi vantaggi vengono descritti con immagini rassicuranti, mentre le avvertenze e le contro indicazioni sono ridotte ad una mitragliata incomprensibile di parole. Come trovare un modo per dare più spazio e credibilità alla seconda parte del messaggio?

Forse per cogliere quell'opportunità bisognerà pagare un conto molto salato. Temo che la prevenzione per essere efficace debba legarsi ad un evento critico che, interrompendo il flusso della normalità, ci spinge in una posizione di ascolto.

L'evento critico può favorire alcune riflessioni sui modelli di convivenza e sulla compatibilità di alcuni sistemi valoriali. Abbiamo bisogno di una zona di sosta, di una "chill out" mentale per chiederci finalmente qual è per noi uno stile di vita compatibile e non solo desiderabile.

Galimberti, nel suo recente libro (*La casa di psiche*, Feltrinelli) usa un'espressione bellissima: "decolonizzare l'immaginario", ci ricorda che nel Tempio di Delphi erano scolpite queste due sentenze: "conosci te stesso" – "nulla di troppo".

Dunque, ascoltati, scrutati, prendi le tue misure perché solo così puoi governare desideri eccedenti che, in quanto impossibili, indeboliscono e tormentano la vita.

La conoscenza di sé vuoi dire scoprire i propri limiti perché "solo nell'esperienza del limite la vita acquista forma". Solo misurando il proprio limite si riesce a capire qual è il "troppo da evitare". Il limite viene compreso non solo con l'apertura incondizionata a tutte le possibilità che abbiamo di fronte, ma con la capacità di elaborarne il contatto, l'esperienza diretta.

Forse questo potrebbe fare la Prevenzione... se ci riesce, se riacquista il dono della parola.

NOTIZIE IN BREVE

Dipendenze e mentoring. Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla famiglia

Il vicepresidente nazionale di FeDerSerD, dott. Guido Faillace, presente per la Federazione nel gruppo di lavoro, comunica la pubblicazione da parte dell'ISFOL, per conto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e all'interno di un progetto dell'Unione Europea, di un volume su Dipendenze e Mentoring (maggio 2006).

Il volume offre un quadro della situazione delle dipendenze in Italia e strumenti di lavoro utili a coloro che siano interessati a sperimentare percorsi innovativi di recupero delle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Il mentoring, come forma di accompagnamento uno-a-uno delle persone dipendenti, assume particolare importanza nell'ambito della prevenzione del disagio giovanile e del sostegno alle famiglie. L'analisi delle attività e delle competenze dei *mentori* che operano con i giovani e le famiglie ha reso possibile l'individuazione di due diverse modalità di sostegno e l'identificazione di due modelli di mentoring per i soggetti con problemi di dipendenza e per le famiglie.

Il volume contiene schede su strutture della rete del sistema dei servizi italiani, tra cui una riferita a FeDerSerD.

Evoluzionismo e prevenzione

Maurizio Fea*

Qualunque sia l'opinione o la fede professata dagli uomini, ciò che li distingue è soprattutto la presenza o l'assenza, nel loro pensiero e nella loro persona, di questo oltre, il loro sentimento di abitare un mondo compiuto ed esaurito in se stesso oppure incompleto e aperto all'altrove.
(Claudio Magris, *Danubio*, Garzanti ed.)

Il conflitto tra paradigmi morali e paradigmi scientifici sviluppati per la spiegazione e comprensione di comportamenti umani socialmente rilevanti, si caratterizza come una costante dei sistemi culturali complessi, e sembra avere una solida base biologica¹. L'intero emisfero sinistro è implicato nel tentativo di rendere logici gli stimoli incongruenti, interpretando le continue informazioni del mondo esterno, integrandole in storie coerenti, per formare un resoconto aggiornato delle rappresentazioni del sé e delle credenze.

"Non c'è condizione in cui la capacità umana di formare e mantenere credenze diventi più rigida di quando chiari dati scientifici contrastano gli assunti di determinate credenze personali" (M. Gazzaniga, *La mente etica*, Codice ed., p. 141).

Forse anche per questa ragione, sebbene i primi studi di Olds e Milner² che hanno condotto alla identificazione delle basi neurali dei processi incentivanti e motivazionali dopaminergici, risalgano al 1954, queste e molte delle successive ricerche³ hanno impiegato circa 30 anni per essere trasferite dal contesto delle neuroscienze a quello della clinica delle dipendenze, almeno nel nostro paese.

Questo ritardo culturale ha prodotto numerosi effetti anche nel campo della prevenzione, favorendo per tutti gli anni '80 l'adozione di paradigmi esplicativi inappropriati e inefficaci che hanno generato approcci probabilmente anche dannosi per i singoli e per la comunità⁴.

Il giudizio morale⁵ sui comportamenti di uso di sostanze ha costituito la base per costruire impianti normativi e giuridici di disapprovazione e condanna di tali comportamenti, che hanno riscosso anche un certo consenso, a dispetto delle molte evidenze scientifiche che suggeriscono di integrare le chiavi interpretative di tali fenomeni alla luce dei processi motivazionali biologicamente condizionati.

Per effetto di questo ritardo storico, il paradigma della gratificazione e la sua base biologica appaiono tutt'ora la chiave interpretativa più convincente per spiegare i comportamenti di appetizione e consumo di sostanze psicoattive⁶.

Ma sia le osservazioni cliniche che le ulteriori ricerche di neuroscienze⁷ suggeriscono la necessità di rivedere l'interpretazione del reward system come spiegazione delle motivazioni all'uso di sostanze, sulla base unicamente del piacere e della gratificazione prodotta dalla attivazione di tale sistema⁸.

Il segnale dopaminergico contribuirebbe alla percezione delle gratificazioni ma sarebbe evocato di volta in volta dallo stimolo

di altri neurotrasmettitori: è stato ipotizzato che, ad esempio, l'assunzione di cibo sia capace di produrre una attivazione dei recettori dell'acido glutammico (NMDA) che a sua volta sarebbe responsabile del release di dopamina nell'accumbens.

La dopamina, considerata dapprima il mediatore della gratificazione, appare oggi meglio in evidenza come il mediatore dell'aspettativa del nuovo piuttosto che fruizione del rinforzo in sé. L'esposizione di un animale da esperimento alla inaspettata possibilità di consumare cibo stimola l'incremento di dopamina nella parte periferica dell'accumbens (shell); al contrario l'esposizione allo stimolo appetitivo, e cioè la presentazione di cibo attraverso una scatola perforata, senza la possibilità reale di usufruire del cibo, incrementa la dopamina in modo significativamente più consistente proprio nella parte centrale o "core" dell'accumbens.

Dunque il sistema dopaminergico viene considerato non come sistema del "liking" o dell'apprendimento di nuovi stimoli piacevoli o spiacevoli ma come il sistema del "wanting", cioè quello dell'aspettativa e del desiderio rispetto agli stimoli piacevoli (Berridge, 1996).

Alla percezione del piacere in sé sembrano essere deputati, invece, il sistema oppioide e il sistema gabaergico che contribuiscono anche all'instaurarsi dei condizionamenti e al controllo dell'ansia e delle pulsioni che cessano con i meccanismi della sazietà: l'appagamento, infatti, conseguente alla fruizione di un rinforzo porta con sé una sostanziale condizione di tranquillizzazione connessa con l'attivazione dei peptidi del GABA (Berridge, 1996).

Le droghe d'abuso generano un segnale eccessivamente potente di "wanting" (o un forte incentivo) attraverso la loro azione sulla trasmissione dopaminergica, come pure esercitano una guida di lunga durata per i neuroadattamenti nel sistema dopaminergico (Robinson e Berridge, 2000; Robinson e Berridge, 2001).

Tali osservazioni⁹ ci aiutano a comprendere la ragione biologica che mantiene alta la motivazione all'uso di sostanze anche dopo l'estinzione più o meno totale dei rinforzi piacevoli prodotti dalle esperienze primarie, che è ciò che fenomenologicamente si presenta come frattura tra il desiderio che persiste ed il piacere o l'appagamento che svaniscono sempre più rapidamente.

In situazioni ambientali ancestrali non c'era nessuna necessità di una regolazione istintiva della trasmissione dopaminergica a causa dell'autolimitazione delle risorse, ma attualmente le cose vanno diversamente: simbolicamente ricordiamo la famosa canzone dei Rolling Stones "I can get no satisfaction".

Allo stesso tempo, queste droghe possono fornire una varietà di vantaggi iniziali evolutivamente rilevanti, cioè meno dolore, più

* *Psichiatra, formatore, docente universitario, direttivo nazionale FeDerSerD, co-coordinatore Consulta Nazionale Società Scientifiche Dipendenze.*

piacere, meno stress, più energia, più opportunità sessuali, aumentato benessere e successo nelle relazioni sociali, e così via. E queste sono indubbiamente le motivazioni affettive e comportamentali sottese alla decisione di assumere qualsivoglia tipo di sostanza ad effetto psicotropo¹⁰.

Una lettura evolucionistica delle basi biologiche del comportamento suggerisce una interpretazione meno antropomorfa del sistema di ricompensa, dal momento che i sistemi neuro-comportamentali si sono sviluppati ed evoluti per massimizzare l'adattamento, non la felicità, perciò i nostri piaceri sono spesso transitori e facciamo esperienza di molte sofferenze non necessarie.

La capacità di provare emozioni piacevoli non si è evoluta come fine in sé, ma piuttosto come segnale interno per informare l'individuo della qualità biologicamente positiva della propria condotta e delle circostanze ambientali¹¹.

Analogamente il dolore mentale si è evoluto per salvaguardare la sicurezza biologica, e in determinate circostanze, il suo ruolo adattativo è essenziale, anche se questo si traduce talora in un livello di sofferenza individuale particolarmente gravoso.

La gratificazione perciò è uno strumento, non la finalità. La finalità è l'adattamento. L'adattamento è un tratto evolutivo che spiega alcuni aspetti di importanza vitale per un organismo in quanto migliora la sua capacità di crescita, sopravvivenza e riproduzione e la richiesta di adattamento è tanto maggiore quanto più rapido è il cambiamento dell'ambiente in cui l'organismo vive¹².

Possiamo quindi dire che il successo biologico è il prodotto finale dei processi di adattamento, e i meccanismi incentivanti che orientano lo sviluppo e facilitano la selezione di certi comportamenti ne sono lo strumento¹³.

In questa prospettiva il successo biologico è la possibile spiegazione del vantaggio evolutivo che rende le ragioni dell'uso più convincenti rispetto alle ragioni del non uso, almeno per una certa parte della popolazione, quella che può essere facilitata dall'uso di sostanze nei processi di adattamento e sopravvivenza che altrimenti risulterebbero o verrebbero percepiti come difficili se non impossibili da ottenere.

Le risposte adattative condizionate dall'uso di sostanze possono essere molto diverse tra loro, in relazione alle caratteristiche individuali ed al contesto ambientale che ne può facilitare la propensione all'uso, sebbene le ragioni di uso sembrano caratterizzate tutte dalla aspettativa di un miglioramento delle interazioni tra quel particolare individuo in quel particolare momento ambientale.

Apprendimento Emozioni Droghe

Sicuramente la regolazione comportamentale innata ed istintuale è più funzionale e più economica se l'ambiente si mantiene relativamente costante. Se invece l'ambiente cambia velocemente è necessario un apprendimento continuo, basato anche sull'imitazione, ma l'imitazione comporta il comprendere oltre quello che l'altro fa anche quello che l'altro pensa¹⁴.

Studi di brain imaging¹⁵ hanno mostrato che quando immaginiamo una scena visiva si attivano regioni del nostro cervello che sono le stesse che si attivano durante la reale percezione della stessa scena.

Gli stessi ricercatori (Rizzolatti e Gallese 2004) hanno evidenziato nel cervello della scimmia l'esistenza di una popolazione di neuroni pre-motori che si attivano non solo quando la scimmia esegue con la propria mano azioni finalizzate, ma anche

quando osserva le stesse azioni eseguite da un altro individuo. Tale sistema è presente pure nell'uomo e sembra implicato anche nella comprensione e attribuzione di senso a movimenti apparentemente privi di significato, come gesti vaghi e imprecisi e non solo nella comprensione di movimenti finalizzati.

Dunque nel corso della evoluzione per fare fronte alla mutevolezza sempre più repentina dell'ambiente, all'aumento dei soggetti che lo popolano e competono per le risorse (cibo, partner), alla necessità di disporre di criteri e strumenti di riconoscimento ed interpretazione di strutture relazionali sempre più complesse, sono intervenuti programmi adattativi complessi di natura biologica messi a punto dalla selezione, geneticamente determinati, ma aperti alla modificazione e apprendimento dalla esperienza.

Tra i programmi neurocomportamentali sviluppati nel corso della evoluzione, le emozioni rappresentano il programma adattativo più sofisticato di cui disponiamo per la regolazione fine e grossolana dei nostri comportamenti.

- Le emozioni sono stati neuronali coordinati in grado di aggiustare le risposte fisiologiche e comportamentali per trarre vantaggio dalle opportunità e fronteggiare le minacce manifestatesi nel corso della evoluzione. R. Nesse 1998¹⁶.
- Offrono al cervello e alla mente un mezzo naturale per valutare l'ambiente all'interno e all'esterno dell'organismo e per reagire in modo adattativo. A Damasio 1997¹⁷.
- Sono amplificatori di stimoli sensoriali. Le Doux 2002¹⁸.

Nei processi di coevoluzione tra individuo e ambiente¹⁹ si sono sviluppate strategie comportamentali tendenti all'attiva assimilazione dell'ambiente, a realizzare soluzioni nuove e individuali a partire da una larga variabilità individuale²⁰.

La funzione delle emozioni, da quella di motivare i comportamenti di approccio e di evitamento, funzionali al reperimento del cibo o dell'accoppiamento e alla fuga da condizioni ambientali o stimoli nocivi, si è evoluta, diventando progressivamente dapprima la forma primitiva e confusa dei sistemi di simbolizzazione, successivamente il presupposto per le forme logiche di conoscenza superiore, fino a diventare quella forma di giudizio valutativo che quotidianamente esperiamo nel nostro modo di abitare il mondo²¹.

In questo processo evolutivo si sono andate perfezionando in tal modo: la rapidità dei processi valutativi, le interazioni tra individuo e ambiente sociale, la vigilanza sugli stati mentali propri ed altrui, in altri termini tutti quegli aspetti della vita di relazione che hanno assunto sempre maggiore importanza in tempi storicamente prossimi.

Nel nostro ambiente i predatori sono diventati soprattutto predatori psichici, i partner sono diventati numerosi e selezionabili, il cibo è abbondante, perciò ciò che sembrerebbe acquisire valore per la selezione sono le variazioni che migliorano la capacità di regolare gli stati affettivi, ovvero di monitorare e influenzare le nostre forme di giudizio valutativo.

Sono ben note le evidenze cliniche che rendono chiaro il rapporto tra emozioni e sostanze quali potenti regolatori degli stati affettivi e dunque potenti influenzatori delle risposte adattative²². Il controllo, la regolazione od il potenziamento di stati affettivi che possono apparire vantaggiosi in determinate circostanze, sembrano essere la motivazione più plausibile della diffusione dei comportamenti di assunzione di sostanze, anche in virtù della rapidità con la quale in genere si raggiungono gli effetti attesi e si consolidano gli apprendimenti associati.

Nei sistemi culturali la chiave del successo è la capacità di imparare rapidamente e di continuare ad imparare in un mondo che cambia²³, e il successo culturale consiste nel realizzare le cose

che rendono probabile il successo biologico, cioè un'alta idoneità complessiva (inclusive fitness)²⁴.

La questione più complicata rimane pur sempre come verificare il nesso tra fenomeni culturali e precondizioni biologiche, dato che nella vita sociale umana entrano in scena livelli e criteri di successo diversissimi che tendono a mutare anche molto rapidamente, e non sappiamo se una certa norma o sistemi di regolazione sociale sono stati in vigore abbastanza a lungo per produrre un marcato cambiamento nella frequenza dei rispettivi geni.

Mentre la biologia del successo sembra essere rimasta costante nel tempo e geneticamente legata al vantaggio riproduttivo, la cultura del successo ha assunto forme e caratteristiche polimorfe, alcune delle quali esasperate dall'aumento delle strategie e degli strumenti a valore biologico, che sono culturalmente determinati. La disponibilità di sostanze ad effetto psicotropo, di farmaci, interventi chirurgici, trapianti, controllo riproduttivo, risorse economiche, interventi sul genoma, costituiscono un corredo enorme di possibilità culturalmente e tecnologicamente determinate, che hanno però un forte impatto biologico sia individuale che collettivo.

La possibilità di intervenire direttamente o indirettamente sulle caratteristiche biologiche e quindi sul futuro evolutivo della specie umana è a portata di mano dei singoli e della collettività,²⁵ e la forbice aperta tra natura e cultura sembra potersi risolvere a vantaggio di quest'ultima, ovvero della capacità della cultura di intervenire in maniera sempre più radicale sulle condizioni biologiche che ne hanno favorito questo tipo di sviluppo.

L'uso di droghe si colloca legittimamente in questo scenario interpretativo, in virtù degli effetti che sembrano consentire anche a fenotipi comportamentali contestualmente svantaggiati, di ottenere performances culturalmente e socialmente appetibili.

Non sappiamo in realtà se queste performances siano anche evolutivamente vantaggiose, poiché non disponiamo di misure significative, in rapporto a tempi evolutivi troppo brevi, per capire se questi successi possano o meno favorire la selezione di variazioni geniche.

Lo scollamento temporale tra natura e cultura,²⁶ il mismatch evolutivo viene prodotto anche dallo sforzo culturale, e dalla mediazione tecnologica, di dare finalismo a ciò che in natura è casuale, ovvero le risposte adattative e i processi selettivi.

Orientare, condizionare e selezionare culturalmente le risposte adattative che sembrano migliori in certi contesti, ma di cui non c'è alcuna evidenza che lo siano anche dal punto di vista biologico, sembra avere tuttavia un certo valore, almeno nell'immediato futuro individuale.

A dispetto di alcune evidenze (aumento del rischio di mortalità relativa ad alcuni tipi di sostanze) le droghe e le sostanze dopanti sembrano assolvere questa funzione: *permettere ai meno adatti di garantirsi le condizioni biologiche per sopravvivere e sperare di avere quel successo culturale che a sua volta rende più probabile un'alta idoneità complessiva*.

Chi sono i meno adatti?

Gli individui che in relazione al contesto ambientale nel quale si sviluppano, dispongono di caratteristiche e tratti comportamentali meno funzionali a produrre risposte adattative che migliorano il rapporto tra l'individuo e il suo ambiente di crescita.

È una definizione che attiene ad una varietà di individui, che per ragioni diverse (fattori che ne hanno condizionato la crescita e lo sviluppo, opportunità colte o perdute, casualità) nel corso della loro storia personale non sono stati in grado di sviluppare quei tratti fenotipici che avrebbero migliorato la loro fitness.

Alcuni di questi individui diventano perciò più sensibili o vulnerabili all'effetto adattativo delle sostanze psicotrope.

Questo tipo di vulnerabilità è appannaggio specifico dell'uomo perché intrinsecamente legata alla complessità ed ai tempi individuali (ontogenesi) del suo sviluppo, che non deve essere confusa con la discrepanza tra patrimonio genetico, a lentissima evoluzione, e quello culturale, a rapida evoluzione (fenomeno definito come genoma lag), bensì alla specificità della natura dell'uomo costretto come "animale specializzato nella non specializzazione" ad apprendere tutto ciò che è necessario per la sua sopravvivenza e per lo sviluppo di competenze relazionali adeguate²⁷.

Ciò rende ciascuno di noi più o meno vulnerabile, a seconda delle fasi evolutive del proprio sviluppo, ad errori, imperfezioni, incompiutezze, la cui gravità è da mettere in rapporto alla precocità ed alla rilevanza degli eventi significativi, ma è anche ciò che ci rende originali, unici ed irripetibili nella nostra imperfezione.

Dal pensiero tipologico al pensiero popolazioneale

Mettere al centro della riflessione il concetto di vulnerabilità così definito, permette di passare dal pensiero tipologico a quello popolazioneale e di sviluppare un corollario fondamentale: considerare il nostro lavoro non come intervento sulla discontinuità tra salute e stato patologico, tra normalità e devianza, ma come attenzione al carattere particolare dei processi con cui ogni persona interagisce con l'ambiente e con gli stimoli patogeni, ovvero la suscettibilità particolare e la vulnerabilità individuale.

Ciò diventa particolarmente interessante perché sposta il fuoco della prevenzione dal modello ontologico alla visione selettiva degli interventi. Dalle cause in sé come fattore deterministico sul quale intervenire a prescindere dalla storia individuale (le droghe sono la causa in sé e quindi vanno combattute) alla relazione storicamente determinata tra individuo e ambiente che ne definisce il grado di vulnerabilità e adattamento.

La prevenzione universalistica nel campo dell'abuso di sostanze è ontologica e anche per questa ragione è stata un fallimento, mentre la prevenzione selettiva²⁸ e indicata, sembrano più conformi alla idea che sia possibile ed efficace migliorare le risposte dei meno adatti.

Possiamo dunque ragionevolmente ritenere che siano da sviluppare due indirizzi di lavoro per la prevenzione:

- ridurre la vulnerabilità dei meno adatti;
- intervenire sui fattori socioculturali che determinano specifiche pressioni selettive.

Il primo è compito dei professionisti della salute con programmi mirati, selettivi, precoci, in grado di influire sulle relazioni tra individuo e ambiente di sviluppo, per ridurre i livelli di vulnerabilità e sensibilità alla modulazione chimica delle emozioni²⁹.

Tali programmi dovranno sviluppare la capacità di reggere alla dilazione delle gratificazioni e la possibilità di fruire dei risultati in una dimensione progettuale non connotata dall'immediatezza e dall'assolutezza.

Un secondo scopo della prevenzione è di aiutare i bambini e gli adolescenti a controllare le emozioni e l'impulsività, insieme agli elementi del carattere capaci di generare l'ansia.

Quindi sostenere azioni rassicuranti e di supporto da parte della famiglia, potenziare una forte rete sociale e la capacità degli adulti di far percepire ai giovani serie prospettive di futuro, costituiranno un importante presidio nei confronti di quel-

le incertezze connesse con la labilità emozionale, l'ansia e l'impulsività.

Sviluppare un attaccamento empatico, intenso, un forte senso di appartenenza alla famiglia e alle istituzioni pro-sociali, una preparazione a percepire le emozioni e a comunicarle.

Va da sé che questo modo di intendere il lavoro di prevenzione, non può essere compito unicamente dei professionisti delle dipendenze, ma richiede lo sviluppo di strategie e programmi

che coinvolgano i professionisti della salute e gli adulti di riferimento per questo tipo di responsabilità.

Il secondo è compito degli adulti e quindi indirettamente anche dei professionisti della salute, che hanno "il potere" di orientare quei fattori culturali rilevanti nel determinare alcune caratteristiche degli ambienti di crescita e nel potenziare pressioni selettive che incentivano risposte condizionate e apprendimenti finalizzati a dominare il mondo più che ad abitarlo.

Note

1. Dunbar K., *How scientists build model*, Plenum N.Y., 1999.

Gazzaniga M. e J.E. Le Doux, *The integrated mind*, Plenum N.Y., 1978.

Shermer M., *How we believe: the search of god in an age of science*, Freeman N.Y., 2000.

Greene J. e Sommerville R.B., Nystrom L.E., Darley J.M. & Cohen, J.D., "An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgement", *Science* 293, 2105-2108, 2001.

Gazzaniga M.S., *Nature's mind*, New York, Basic Books, 1992.

Westbury C. e Dennett D., *Mining the past to construct the future: Memory and beliefs as form of knowledge*, Harvard Univ. Press, 2000.

Casebeer W.D., "Moral cognition and its neural constituents", *Nature Rev. Neurosci.*, 4, 841-846, 2003.

2. Olds J. e Milner P., "Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions", *Journ. Comp. Physiol.*, 1954.

3. Robinson T.E. e Berridge K.C., "The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research.*", *Brain Research Reviews*, 18: (3)247-291, 1993.

Wise R.A., "The neurobiology of craving: implication for the understanding and treatment of addiction", *Journ. of abnormal Psychology*, vol. 97, (2)118-132, 1988.

4. Sloboda Z. e David S.L., 1997, "Preventing Drug Use Among Children and Adolescent. A Research - Based Guide", *National Institute on Drug Abuse*, NIH Publication No. 97-4212.

Leone L. e Celata C., "Per una prevenzione efficace", *Il Sole 24 Ore Sanità* 2005.

5. Casebeer W.D. e Churchand P.S., "The neural mechanisms of moral cognition: a multiple-aspect approach to moral judgment and decision-making", *Biol. Philosophy*, 18, 169-194, 2003.

6. Di Chiara G., "The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation", *Drug & Alcohol Dependence*, 38: (2)95-137, 1995.

Koob G.F., "Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways", *Trends Pharmacol Sci.*, 1992 May, 13(5):177-84.

Berridge K.C. e Robinson T.E., "What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience?", *Brain Res Brain Res Rev.*, 1998 Dec. 28(3):309-69.

Robinson T.E. e Berridge K.C., "The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view", *Addiction*, 95: (Suppl. 2) S91- S117, 2000.

Robinson T.E. e Berridge K.C., "Incentive-sensitization and addiction", *Addiction*, 96: (1)103-114, 2001.

Robinson T.E. e Berridge K.C., "Psychoactive Drug Use in Evolutionary Perspective", *Science*, vol. 278, 3 October 1997.

7. Gerra G., "Percezione del piacere e disturbi additivi", in *Il Quinto Livello*, a cura di Fea M., Sandra B., Dodi E., Magarò G., FrancoAngeli, 2003.

8. Pulvirenti L. e Diana M., "Drug dependence as a disorder of neural plasticity: focus on dopamine and glutamate", *Rev Neurosci.*, 2001, 12(2):141-58.

Giancola P.R. e Tarter R.E., "Executive cognitive functioning and risk for substance abuse", *Psychological Science*, 10: (3)203-205, 1999.

Orford J., "Addiction as excessive appetite", *Addiction*, 96: (1)15-31, 2001.

9. Smith E.O., "Evolution, substance abuse, and addiction", in *Evolutionary Medicine*, a cura di: Trevathan W.R.

Smith E.O. e McKenna J.J., New York: Oxford University Press, 1999, pp. 375-405.

Glantz M.D. e Pickens R.W. (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse*, American Psychological Association, Washington, DC, 1992.

Robinson T.E. e Berridge K.C., "Psychoactive Drug Use in Evolutionary Perspective", *Science*, vol. 278, 3 October 1997.

Nesse R.M., "An evolutionary perspective on substance abuse", *Ethol Sociobiol.*, 1994, 15:339-348.

10. Mc Guire M.T. e Troisi A., *Psichiatria Darwiniana* (1998), G. Fioriti Editore, Roma, 2003.

Marks I.M. e Nesse R.M., *Ethol. Sociobiol.*, 15, 247, 1994.

Berridge K.C., in D. Kahneman, Diener E., Schwarz N. (Eds.), *Understanding Quality of Life: Scientific Understanding of Enjoyment and Suffering*, Sage, New York, 1999.

Cosmides L. e Tooby J., "From evolution to behavior: evolutionary psychology as the missing link", in J. Dupre (ed), *The latest on the best: essays on evolution and optimality*, Cambridge, MA: MIT Press, 1987.

11. Wilson O., *Sociobiologia: la nuova sintesi*, Zanichelli, Bologna, 1983.

12. Nesse R.M., "An evolutionary perspective on substance abuse", *Ethol Sociobiol.*, 1994, 15:339-348.

Lende D.H. e Smith E.O., "Evolution meets biosociosociality: an analysis of addictive behaviour", *Addiction*, 2002, 97:447-458.

13. Rizzolatti G. e Sinigaglia C., *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni a specchio*, Milano, Cortina, 2006.

14. Rizzolatti G. e Craighero L., "The mirror neuron system", *Ann. Rev. Neuroscience*, 27, 169-192 2004.

Nesse R.M., "Emotional disorders in evolutionary perspective", *Br J Med Psychol*, 1998, 71:397-415.

15. Damasio A.R., *L'errore di Cartesio*, Adelphi, 1997.

Damasio A.R., *Emozioni e Coscienza*, Adelphi, 1999.

Damasio A.R., "The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex", *Phil. Trans. R. Soc. Lond.*, B351, 1413-1420, 1996.

Damasio A.R., "Neuropsychology: toward a neuropathology of emotion and mood", *Nature*, 386, 769-770, 1997.

Damasio A.R., *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*, New York: Harcourt, 1999.

Panksepp J., *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*, Oxford University Press, 1998.

16. LeDoux J., *Il Sè sinaptico*, Cortina Editore, 2002.

17. Darwin C., *The expression of emotion in man and animals*, New York: D. Appleton and Company, 1872.

18. Dolan R.J., "Emotion, cognition, and behaviour", *Science*, 298, 1191-1194, 2002.

Boniolo G., *Il limite e il ribelle. Schegge fra etica, naturalismo e darwinismo*, Cortina, Milano, giugno 2003.

19. Canali S. e Pani L., *Emozioni e malattia*, Bruno Mondadori, 2003.

Nussbaum M., *La fragilità del bene*, Il Mulino, 2002.

20. Nesse R.M., "Psychoactive drug use in evolutionary perspective", *Science*, 278:63-66, 1997.

Sullivan R.J. e Hagen E.H., "Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?", *Addiction*, 97:389-400, 2002.

Nesse R.M., "Emotional disorders in evolutionary perspective", *Br J Med Psychol*, 1998, 71:397-415.

Cooper M.L., Frone M.R., Russell M., Mudar P., "Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use", *J Pers Soc Psychol*, 1995, 69:990-1005.

Saah T., "The evolutionary origins and significance of drug addiction", *Harm Reduction Journal*, 2005, 2-8.

21. Burkert W., *La creazione del sacro*, Adelphi, 2006.

Haidt J., "The emotional dog and its rational tail: a social intuitionist approach to moral judgment", *Psychol. Rev.*, 108, 814-834, 2001.

22. Hamilton W.D., "The genetic evolution of social behaviour", *Journ. of Theoretical Biology*, 1964.

23. Boncinelli E., "Io sono, Tu sei", Mondadori Saggi, 2002.

24. Pani L., "Is there an Evolutionary Mismatch between the Normal Physiology of the Human Dopaminergic System and Current Environmental Conditions in Industrialised Countries?", *Molecular Psychiatry*, 5 (2002), pp. 467-475.

25. Piaget J., *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, La Nuova Italia, 1973.

La scuola di Ginevra dopo Piaget. Antologia di scritti, a cura di O. Andreani Dentici, E. Gattico, Milano, Raffaello Cortina, 1992.

Siegel D.J., *La mente relazionale*, Milano, Raffaello Cortina, 1999.

26. Burkhart G., "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)", *Selective prevention: First overview on the European situation*, Lisbon: EMCDDA, 2003.

27. Gerra G., Timpano M., Zaimovic A., Zambelli U., "Fattori di rischio per le dipendenze e correlati biologici: orientamenti per la prevenzione", in *Il Quinto Livello*, a cura di Fea M., Basti S., Dodi E., Magarò G., Milano, FrancoAngeli, 2002.

Doppia diagnosi: disturbi bipolari e disturbi da uso di sostanze

Giuseppe Maina*, Virginia D'Ambrosio*

Con "doppia diagnosi" si intende una situazione morbosa in cui c'è concomitanza di una condizione tossicomane e di un altro disturbo psichiatrico.

In realtà tale denominazione è utilizzata per indicare situazioni spesso ad elevata complessità diagnostica in soggetti che presentano quadri di comorbidità in cui, nella maggior parte dei casi, le varie condizioni psicopatologiche si intrecciano e si influenzano reciprocamente.

Il problema della doppia diagnosi è di forte attualità perché per molto tempo in queste situazioni complesse ha dominato la tendenza ad effettuare un'unica diagnosi basata sul quadro clinico dominante: disturbo psichiatrico o disturbo da assunzione di sostanze.

Ciò spesso ha comportato un approccio terapeutico unidirezionale con risultati inferiori a quelli attesi. Nonostante gli studi condotti negli ultimi anni, l'approccio alla doppia diagnosi presenta ancora delle questioni aperte.

Ad oggi molti autori sono concordi nell'affermare che, tra i disturbi psichiatrici maggiori, i disturbi bipolari sono quelli più frequentemente riscontrati in associazione con l'uso di sostanze psicoattive.

Si ritiene inoltre che, nell'ambito di tale associazione, la presenza di un disturbo da uso di sostanze (DUS) costituisce un fattore prognostico negativo, determinando nel decorso clinico un elevato rischio di comparsa di episodi misti, di rapida ciclicità, suicidio e scarsa risposta alle terapie, in particolare a quella stabilizzatrice con sali di litio (Albanese *et al.*, 2006; Albanese *et al.*, 1994).

Viceversa i dati della letteratura indicano che l'alcolismo associato a disturbo bipolare avrebbe una prognosi molto migliore rispetto all'alcolismo puro (secondo Winokur *et al.*, 1995, dopo trattamento e follow-up di 10 anni, di 131 pazienti con doppia diagnosi iniziale, solo 1 avrebbe conservato l'abuso alcolico).

La frequente compresenza di DUS e di disturbi bipolari è ancora oggetto di discussione accesa sotto l'aspetto etiopatogenetico.

Rimangono ancora aperti i seguenti interrogativi: Il DUS è una complicanza del disturbo bipolare? Il disturbo bipolare è espressione clinica di un disturbo da uso di sostanze? L'uso di sostanze può slantentizzare un disturbo bipolare in soggetti predisposti? Si tratta di due patologie concomitanti indipendenti? E in quest'ultimo caso, esiste un rapporto gerarchico tra i due disturbi?

I dati emersi nell'ambito dell'*Epidemiological Catchment Area Program* evidenziano che il 56.1% dei soggetti affetti da disturbo bipolare presentano anche un disturbo da uso di sostanze (Regier *et al.*, 1990). La elevata frequenza di doppia diagnosi tra i pazienti con disturbo bipolare riceve conferma anche dalla osservazione che il rapporto di prevalenza di disturbo bipolare con doppia diagnosi e di disturbo unipolare con doppia diagnosi è di circa tre a uno. In letteratura la comorbidità lifetime con l'abuso alcolico in soggetti con disturbi bipolari risulta mediamente presente nel 30% dei casi con punte massime di circa il 70%. Le percentuali variano tra il 14% e il 60% con riferimento alla comorbidità per l'abuso di altre sostanze (Cassidy *et al.*, 2001). In uno studio condotto da Goldberg e coll. (2002) si osserva che il disturbo bipolare si complica più frequente-

mente con abuso di alcol (82% dei soggetti) e in misura progressivamente minore con abuso di cocaina, marijuana e altre sostanze quali amfetamine e allucinogeni. Ulteriori dati ottenuti da campioni clinici confermano che l'alcol è la sostanza d'abuso più frequentemente riscontrata tra gli individui con disturbo bipolare (Chengappa *et al.*, 2000). In maniera speculare, anche indagando la presenza di alterazioni dell'umore in soggetti con DUS si riscontrano risultati analoghi. In un ampio studio condotto circa 20 anni fa, Weissman e coll. (1980) hanno riportato che il 70% degli alcolisti soddisfa i criteri per un altro disturbo psichiatrico e che ben il 50% presenta una diagnosi di depressione o di disturbo bipolare. Queste percentuali risultano confermate da uno studio condotto più di recente da Kessler e coll. (1997) in cui è stata riscontrata un'elevata incidenza di disturbo bipolare in soggetti abusatori/dipendenti da alcol.

Le ipotesi finora avanzate per spiegare l'elevata frequenza con cui il DUS complicherebbe i disturbi bipolari sono contrastanti. In tempi non troppo lontani è stata avanzata l'ipotesi dell'automedicazione secondo cui i pazienti bipolari utilizzerebbero sostanze (d'abuso) al di fuori di una prescrizione medica per alleviare la sofferenza soggettiva o modificare le alterazioni psicopatologiche che il disturbo comporta. La riduzione della sofferenza agirebbe poi come rinforzo e porterebbe all'assunzione ripetuta della sostanza fino a creare un disturbo da uso di sostanze in comorbidità con il disturbo psichiatrico di base. Secondo tale modello, i pazienti bipolari assumerebbero sostanze ad azione deprimente sul SNC (alcol) per il controllo, ad esempio, dell'insonnia e dell'euforia. Al contrario, si verificherebbe l'assunzione di sostanze psicostimolanti in fase depressiva. Ad oggi tale ipotesi sembra essere poco accreditata: esistono studi che dimostrano la persistenza delle stesse condotte d'abuso indipendentemente dal peggioramento o altra variazione del quadro sintomatologico (Kosten *et al.*, 1988; Miller *et al.*, 1990; Schuckit *et al.*, 1990) ed è stato documentato l'abuso di sostanze psicostimolanti come la cocaina anche in pazienti maniacali (Weiss *et al.*, 1988). Utilizzando un criterio gerarchico secondo cui il disturbo primario è il disturbo bipolare e il DUS è accessorio, l'abuso/dipendenza da sostanze potrebbe essere conseguente ad esempio alla condizione di innalzamento patologico del tono dell'umore che si accompagna a condotte impulsive e illecite con riduzione della capacità di giudizio. Alla base di queste considerazioni vi è inoltre l'osservazione che l'abuso di alcol e sostanze sembra essere correlato a particolari caratteristiche temperamentali (come il temperamento ciclotimico), per cui una lieve ma persistente instabilità affettiva potrebbe favorire le condotte di abuso e infine slantentizzare un disturbo bipolare in un soggetto che altrimenti avrebbe avuto solo una modesta predisposizione (Maremmanni *et al.*, 1994). Un approccio gerarchico alla compresenza di disturbi bipolari e di DUS non è però del tutto compatibile con la definizione più restrittiva di doppia diagnosi, che è giustificata solo qualora si tratti di disturbi concomitanti e indipendenti. Pertanto, a stretto rigore, non sarebbe giustificata una doppia diagnosi quando il DUS risulta essere primario e il disturbo bipolare accessorio e viceversa. Sulla base di tale presupposto, dovrebbe essere accuratamente esclusa la "doppia diagnosi" nei casi in cui le manifestazioni cliniche del disturbo bipolare sono diretta conseguenza di un abuso o dipendenza da sostanze (mania e depressione "secondarie"). Spesso, infatti, quadri clinici di eccitamento maniacale acuto o di depressione dovuti a intossicazione o astinenza

* Dipartimento di Neuroscienze, SCU Psichiatria, Università degli Studi di Torino.

za da sostanze sono del tutto indistinguibili dai disturbi primari, ma generalmente regrediscono in pochi giorni dopo sospensione della sostanza d'abuso, ragion per cui la evidenziazione di una relazione temporale con l'assunzione di sostanze può essere di grande ausilio diagnostico. In alcuni casi, però, in cui il DUS è cronologicamente primario rispetto al disturbo bipolare, i quadri clinici osservati possono persistere più a lungo nel tempo, lasciando supporre in tali situazioni un ruolo slatentizzante del DUS nei confronti di un disturbo bipolare ed è frequente poi rilevare nell'anamnesi di questi soggetti pregresse alterazioni dell'umore, talora subcliniche, o una familiarità positiva per disturbi dell'umore.

Abbandonando i tentativi di "gerarchizzazione" all'interno della doppia diagnosi, tra DUS e disturbi bipolari, si fa strada l'ipotesi, attualmente più suggestiva, che i due disturbi siano epifenomeni di un unico substrato biologico. Secondo Akiskal (1988) la compresenza di depressione e abuso di sostanze definiva un disturbo bipolare secondo il concetto di "spettro bipolare allargato". Gli studi familiari e quelli più recenti di genetica molecolare sul disturbo bipolare (Berrettini *et al.*, 2001) supportano la presenza di una correlazione genetica tra DUS e disturbo bipolare. Tale correlazione è evidenziata soprattutto dagli studi familiari condotti su pazienti bipolari con abuso di alcol. In un'analisi rivolta ai familiari di pazienti bipolari si riscontra una più elevata frequenza di alcolismo nei parenti di pazienti bipolari con abuso di alcol rispetto ai parenti dei pazienti bipolari senza abuso e rispetto ai parenti dei soggetti di controllo. Nello stesso campione non si osservano differenze significative nella frequenza di disturbo bipolare tra i parenti dei pazienti bipolari abusatori e non (Winokur *et al.*, 1995). Tali dati suggerirebbero un concetto di "cosyndromality" (piuttosto che di "comorbidity") tra i due disturbi che avrebbero pertanto un substrato genetico comune, nel senso che nell'ambito familiare la presenza di un fattore genetico predisponente all'alcolismo costituirebbe una condizione necessaria, ma non sufficiente, per l'insorgenza di un disturbo bipolare, per la cui estrinsecazione in uno dei membri sarebbe necessario il concorso di un secondo fattore genetico o familiare a sua volta patogeneticamente collegato con l'alcolismo. Tale tipo di concatenazione ricorda situazioni similari che si osservano in altri ambiti patologici in cui si configurano quadri cosindromici piuttosto che di comorbidità come ad esempio le sindromi neoplastiche che complicano sindromi genetiche eredo-familiari (neurofibromatosi, ecc.) (Winokur, 1999; Winokur and Reich, 1970).

Bibliografia

- Albanese M., Clodfelter R.C., Pardo T.B., Ghaemi S.N., 2006, "Underdiagnosis of bipolar disorders in men with substance use disorder", *J Psych Pract*; 12: 124-27.
- Albanese M., Bartel R., Bruno R., 1994, "Comparison of measures used to determine substance abuse in an impatient psychiatric population", *Am J Psychiatry*; 151: 1077-78.
- Cassidy F., Ahearn E.P., Carroll B.J., 2001, "Substance abuse in bipolar disorder", *Bipolar Disord*; 3: 181-8.
- Chengappa K.N.R., Levine J., Gershon S. *et al.*, 2000, "Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry", *Bipol Disord*; 2: 191-95.
- Goldberg J.F., Garino J.L., Leon A.C., Kocsis J.H., Portera L., 1999, "A history of substance abuse complicate remission from acute mania in bipolar disorder", *J Clin Psychiatry*; 60 (11): 733-40.
- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A. *et al.*, 1997, "Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey", *Arch Gen Psychiatry*; 54: 313-21.
- Kosten T.R., Kleber H.D., 1988, "Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers", *J Subst Abuse Treat*; 5: 201-6.
- Maremmani I., Capone M.R., Aglietti M., Castrogiovanni P., 1994, "Heroine dependence and bipolar disorder", *New Trends Exp Clin Psychiatry*; X: 179-82.
- Miller N.S., Mahler J.C., Belkin B.M., 1990, "Psychiatric diagnosis in alcohol and drug dependence", *Am Clin Psychiatry*; 3: 79-89.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K., 1990, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study", *JAMA*; 264: 2511-8.
- Schuckit M.A., Irwin M., Brown S.A., 1990, "The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics", *J Stud Alcohol*; 31: 34-41.
- Weiss R.D., Mirin S.M., Michael J.L., 1988, "Psychopathology in cocaine abusers: changing trends", *J Nerv Ment Dis*; 176: 719-25.
- Winokur G., Coryell W., Akiskal H., 1995, "Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness and the primary-secondary distinction", *Am J Psychiatry*; 152: 365-72.
- Winokur G., 1999, "Alcoholism in bipolar disorder", *Bipolar disorders: clinical course and outcome*, American Psychiatric press, Inc.; 10: 185-97.
- Winokur G., Reich T, 1970., "Genetic factor in manic-depressive disease", *Compr Psychiatry*; 11: 93-99.

NOTIZIE IN BREVE



CEREF - Centro Ricerca e Formazione
Via Udine 6 - Padova
e-mail: formazione@ceref.it - sito: www.ceref.it

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN CLINICA DELLE DIPENDENZE "Focus sul Cocainismo"

*Corso di formazione suddiviso in tre moduli fruibili anche singolarmente
In Accredimento ECM per Medici e Psicologi*

Docenti: Felice Nava e Claudia Passudetti;

I Modulo - 26, 27 ottobre 2006: Aspetti Neurobiologici e Clinici; Costo: Euro 250,00 (+ IVA se dovuta);

II Modulo - 14, 15 e 16 dicembre 2006: La Clinica del Cocainismo: Valutazione e Trattamento; Costo: Euro 350,00 (+ IVA se dovuta);

III Modulo - 9, 10 febbraio 2007: La prevenzione delle Ricadute; Costo 250,00 (+ IVA se dovuta)

Per informazioni e iscrizioni: CEREF, Padova, formazione@ceref.it; tel. 049-8804827; fax 049-8803646

Quali farmaci sono stabilizzatori dell'umore?

Giuseppe Maina*, Umberto Albert*, Virginia D'Ambrosio*

Introduzione: definizione di stabilizzatore

Il trattamento farmacologico del disturbo bipolare comprende la terapia degli episodi di alterazione dell'umore o terapia acuta e la terapia di mantenimento o a lungo termine.

Nel trattamento dell'episodio acuto, tuttavia, è importante tenere in considerazione la prospettiva longitudinale del disturbo stesso: risulta di fondamentale importanza impostare un trattamento che sia efficace non solo in acuto per determinare la risoluzione della sintomatologia (ipo)maniacale o depressiva, ma soprattutto nel lungo termine, cioè nella prevenzione delle ricorrenze.

A tale proposito si utilizzano farmaci detti stabilizzatori del tono dell'umore.

Esistono diverse definizioni, più o meno restrittive, di stabilizzatore dell'umore. Non esiste, tuttavia, una definizione comunemente accettata e riconosciuta da tutti i ricercatori di stabilizzatore dell'umore, tanto che il termine stesso non è accettato dalla Food and Drug Administration (FDA) Americana.

Una delle definizioni più rigorose e restrittive è, ad esempio, quella proposta da Bauer e Mitchner (2004) secondo cui un agente può essere considerato uno stabilizzatore dell'umore se presenta efficacia in quattro fasi distinte: il trattamento della mania acuta, il trattamento della depressione in acuto, la prevenzione delle ricorrenze maniacali e la prevenzione delle ricorrenze depressive.

I farmaci attualmente disponibili che rispondono a tali definizioni di stabilizzatori dell'umore sono il litio, il valproato, la carbamazepina, la lamotrigina e l'olanzapina. Per altri antipsicotici atipici quali la quetiapina sono già stati effettuati studi randomizzati e controllati in alcune fasi del disturbo ma mancano per ora evidenze di efficacia nel mantenimento.

Anche per gli antipsicotici atipici, quindi, vale il discorso di una non equivalenza di efficacia nel trattamento del disturbo bipolare all'interno di composti della stessa classe, così come già dimostrato per gli anticonvulsivanti che non sono di per sé tutti anche stabilizzatori dell'umore (non lo sono, ad esempio, in quanto esistono studi negativi in monoterapia, il gabapentin o il topiramato).

Esistono tuttavia alcune differenze di efficacia tra questi composti, che permettono al clinico di utilizzare al meglio un farmaco a seconda delle caratteristiche del paziente bipolare.

Scopo del presente lavoro è rivedere i dati di letteratura circa l'efficacia dei vari stabilizzatori nelle diverse fasi del trattamento del disturbo bipolare, sottolineandone le eventuali differenze, in modo da orientare la scelta all'interno della classe degli stabilizzatori.

Efficacia nel trattamento dell'episodio maniacale

Per quanto riguarda gli stabilizzatori nel trattamento della mania acuta, il litio risulta avere attualmente evidenze di efficacia in

almeno due studi clinici randomizzati e controllati versus placebo (Maggs *et al.*, 1963; Bowden *et al.*, 1994) e in sette diversi studi in cui il litio è stato confrontato versus controllo attivo (Johnson *et al.*, 1968; Platman, 1970; Spring *et al.*, 1970; Johnson *et al.*, 1971; Prien *et al.*, 1972; Takahashi *et al.*, 1975; Shopsin *et al.*, 1975). Si sottolinea che per la FDA sono necessari almeno due studi in doppio-cieco controllati verso placebo e positivi per ottenere l'indicazione (in questo caso per il trattamento della mania).

Per quanto riguarda il confronto diretto con altri farmaci antimaniacali, in uno studio di Bowden e coll. (1994) condotto in doppio cieco e controllato con placebo, il litio si è dimostrato di pari efficacia rispetto al Divalproex nel trattamento della mania acuta. Il valproato ha almeno tre studi controllati versus placebo (Pope *et al.*, 1991; Bowden *et al.*, 1994; Emrich *et al.*, 1980) e quattro studi versus controllo attivo (Freeman *et al.*, 1992; Vasudev *et al.*, 2000; Tohen *et al.*, 2002; Zajecka *et al.*, 2002) che ne dimostrano l'efficacia antimaniacale. Anche per il valproato, quindi, esistono prove documentate di efficacia nell'episodio maniacale tali da soddisfare i criteri della FDA.

Per quanto riguarda l'efficacia della carbamazepina nella mania acuta, invece, nonostante l'ampio utilizzo di tale farmaco nella pratica clinica giornaliera, esiste un unico studio randomizzato e controllato versus placebo, tra l'altro molto recente (Weisler *et al.*, 2004); secondo i criteri della FDA, che richiedono almeno due studi controllati versus placebo, la carbamazepina non ha sufficienti dati di efficacia per avere l'indicazione nella mania acuta. Vi sono numerosi studi controllati verso comparatori attivi: quattro studi controllati versus litio (Lerer *et al.*, 1987; Luszkat *et al.*, 1988; Okuma *et al.*, 1990; Small *et al.*, 1991); uno studio di Vasudev e coll. (2000) che dimostra una efficacia superiore del valproato rispetto alla carbamazepina (miglioramento superiore alla YMRS e più precoce) e uno studio di Brown e coll. (1989) che ne dimostra una pari efficacia rispetto all'aloiperidolo.

Non esistono dati di efficacia della lamotrigina nel trattamento dell'episodio maniacale.

Se esaminiamo le linee guida disponibili per il trattamento dell'episodio euforico, possiamo osservare che le linee guida dell'*American Psychiatry Association* del '94 riportavano il litio come farmaco di prima scelta nel trattamento della mania acuta, mentre nel 2002 le stesse sono state ampliate comprendendo come farmaci di prima scelta anche il valproato o gli antipsicotici atipici. Anche le linee guida della *British Association of Pharmacology* del 2003 riportano come prima scelta il litio, il valproato o gli antipsicotici atipici (Fountoulakis *et al.*, 2005). Non viene menzionata la carbamazepina, sulla base delle considerazioni precedentemente effettuate. Oltre ai classici stabilizzatori vengono invece menzionati nelle linee guida più recenti gli antipsicotici atipici; per quanto riguarda nello specifico la scelta di un antipsicotico atipico nel trattamento della mania bisogna tener conto di tre caratteristiche fondamentali: l'antipsicotico deve essere efficace nella fase acuta, non deve indurre un maggior rischio di switch in depressione e infine deve essere efficace nella prevenzione delle ricorrenze.

* Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino.

Gli antipsicotici atipici attualmente studiati con metodica rigorosa, cioè in studi randomizzati e controllati (RCT), sono l'olanzapina, il risperidone, la quetiapina e l'aripiprazolo.

Per quanto riguarda il primo punto, cioè l'efficacia nella mania acuta, tutti gli antipsicotici atipici hanno mostrato di essere efficaci. Per l'olanzapina sono stati condotti tre studi controllati versus placebo (Tohen *et al.*, 2003; Tohen *et al.*, 1999; Tohen *et al.*, 2000) e tre studi versus controllo attivo in cui l'olanzapina si è dimostrata parimenti (Zajacka *et al.*, 2002) o più efficace (Tohen *et al.*, 2002) del valproato e di pari efficacia rispetto all'aloperidolo (Tohen *et al.*, 2003). Gli RCT condotti sull'utilizzo di risperidone nella mania hanno evidenziato che è più efficace del placebo (Sachs *et al.*, 2002; Yatham *et al.*, 2003; Khanna *et al.*, 2005; Smulevich *et al.*, 2005; Hirsschfeld *et al.*, 2005) e ha pari efficacia rispetto a litio e aloperidolo (Segal *et al.*, 1998; Sachs *et al.*, 2002). Gli RCT condotti sulla quetiapina nel trattamento della mania acuta hanno dimostrato che è più efficace del placebo (Sachs *et al.*, 2004; Yatham *et al.*, 2004; Vieta *et al.*, 2005; Bowden *et al.*, 2005), è efficace come il litio (Bowden *et al.*, 2005) e come l'aloperidolo (Mcintyre *et al.*, 2005). Gli RCT condotti su aripiprazolo, infine, hanno evidenziato che è più efficace del placebo (Keck *et al.*, 2003) e di aloperidolo (Vieta *et al.*, 2005).

Ritorneremo sugli altri due punti (non induzione di switch in episodi contropolari e efficacia nella prevenzione delle ricorrenze) nei paragrafi successivi.

Efficacia nel trattamento dell'Episodio Depressivo Maggiore Bipolare

Molto più esigui appaiono invece gli studi di classe A (secondo la Food and Drug Administration, cioè studi clinici randomizzati, controllati in doppio-cieco verso placebo o altro composto attivo) condotti nella depressione acuta bipolare.

Ne risulta che nessun farmaco, al momento attuale, ha l'indicazione per il trattamento della depressione bipolare.

Per il litio esistono almeno tre studi controllati versus placebo, tutti condotti negli anni Settanta in cui si confrontava la risposta degli stessi soggetti a placebo o a litio (disegno dello studio ABA) (Goodwin *et al.*, 1972; Baron *et al.*, 1975; Mendels *et al.*, 1976), che ne dimostrano l'efficacia sui sintomi depressivi. Al momento attuale il litio è quindi l'unico farmaco per cui esistono dati sostanziali di efficacia nel trattamento dell'episodio depressivo maggiore bipolare.

Esistono dati di efficacia per quanto concerne la lamotrigina; in uno studio in doppio cieco condotto da Calabrese e coll. (1999) la lamotrigina è stata confrontata con il placebo nel trattamento della depressione nell'ambito del disturbo bipolare di tipo I: in tale studio la lamotrigina è risultata più efficace del placebo. Diversi sono gli studi con lamotrigina nella profilassi degli episodi di opposta polarità, ma non esistono altri studi pubblicati in letteratura sull'efficacia della lamotrigina in acuto e in monoterapia, per cui sono necessarie ulteriori conferme. Ciononostante la lamotrigina è considerata uno stabilizzatore *from below* ed è consigliata come farmaco di prima scelta insieme al litio per la depressione bipolare.

Non sono ancora indicate chiaramente linee guida sull'utilizzo degli antipsicotici atipici nel trattamento della depressione bipolare, ma emergono dati recenti che sembrano indicarne un ruolo anche in questa fase del disturbo bipolare: sono stati condotti due studi (Tohen *et al.*, 2003; Calabrese *et al.*, 2005) in cui sono stati confrontati olanzapina e quetiapina versus placebo nel trat-

tamento dell'episodio depressivo. Secondo quanto evidenziato da Tohen e coll. l'olanzapina in monoterapia è più efficace del placebo e ancor più efficace se ad essa viene aggiunta fluoxetina. Nello studio randomizzato in doppio cieco verso placebo condotto da Calabrese e coll. la quetiapina, indipendentemente dal dosaggio raggiunto (300 mg/die vs 600 mg/die) è più efficace nel ridurre i sintomi depressivi in pazienti con disturbo bipolare I o II. È verosimile, quindi, che per il loro profilo d'azione sul sistema serotoninergico, alcuni antipsicotici atipici possano avere un'azione anche antidepressiva pur nell'ambito diagnostico del disturbo bipolare.

Secondo una definizione meno restrittiva di stabilizzatore dell'umore appare di fondamentale importanza il fatto che il farmaco utilizzato nel trattamento in acuto del disturbo bipolare non determini uno switch nell'episodio contropolare. Questo è particolarmente rilevante quando si consideri la potenziale azione stabilizzatrice di un antipsicotico.

A tale proposito l'introduzione degli antipsicotici atipici nel trattamento in acuto della mania ha rappresentato un importante passo avanti rispetto ai neurolettici in quanto questi ultimi erano gravati da un elevato tasso di switch in episodi contropolari: uno studio in doppio cieco condotto a 12 settimane da Tohen e coll. (2003) ha evidenziato che olanzapina, ad esempio, ha un minor tasso di switch in depressione rispetto a aloperidolo (rispettivamente 4.7% vs 12.2%, e tale differenza è statisticamente significativa). Questa è la ragione per cui i neurolettici non possono essere considerati degli stabilizzatori pur essendoci prove di efficacia nel trattamento degli episodi maniacali, mentre l'olanzapina sì.

Esistono studi che dimostrano altresì che l'impiego di olanzapina (5-20 mg) o della combinazione olanzapina/fluoxetina nel trattamento dell'episodio depressivo bipolare non è associato ad un aumento significativo rispetto al placebo di episodi successivi contropolari (ipo o maniacali) (Amsterdam e Shults, 2005; Keck *et al.*, 2005).

Mentre appare intuitivo per l'impiego di olanzapina in monoterapia, l'associazione con fluoxetina (più efficace, si ricorda, nel trattamento dell'episodio depressivo) non espone il paziente ad un aumentato rischio di switch.

Efficacia nella prevenzione delle ricorrenze

Considerando gli stabilizzatori dell'umore secondo un'ottica più ristretta, essi devono essere farmaci efficaci anche nella profilassi delle ricorrenze del disturbo bipolare. Necessaria premessa è che gli studi condotti in doppio cieco nel trattamento profilattico (prevenzione di nuovi episodi) del disturbo bipolare sono pochi e tutti di durata limitata nel tempo (1 anno circa, massimo due anni) per le ovvie difficoltà metodologiche (necessità di mantenere il doppio cieco a lungo ed esposizione a placebo).

Esistono studi in aperto di durata molto superiore (in genere però non superiore a cinque anni), che tuttavia non citeremo nella presente trattazione dal momento che lo scopo principale di questa trattazione è analizzare i dati derivanti dagli studi controllati.

L'azione profilattica del litio nei confronti degli episodi affettivi è stata analizzata in molti studi controllati versus placebo (Baastrup *et al.*, 1970; Coppen *et al.*, 1971; Cundall *et al.*, 1972; Prien *et al.*, 1973; Prien *et al.*, 1973), risultati tutti positivi. In particolare, alcuni studi sono stati condotti per dimostrare l'efficacia profilattica del litio, specificatamente, nei confronti degli episodi depressivi e maniacali. In uno studio condotto da Stallone e coll. (1973) il litio è risultato più efficace del placebo nella prevenzione delle ricorrenze sia depressive che maniacali, mentre in uno studio di Dun-

ner e coll. (1976) l'efficacia è stata riscontrata per le ricorrenze maniacali. Dallo studio più recente di confronto con placebo e lamotrigina (Goodwin *et al.*, 2004), infine, sembra emergere che il litio ha una efficacia preferenziale nel prevenire episodi (ipo)maniacali (Litio>placebo; lamotrigina>placebo; litio>lamotrigina) mentre non sembrerebbe diverso da placebo per quelli depressivi (Litio=placebo; lamotrigina>placebo). Vi è da sottolineare, tuttavia, che tale studio era "arricchito" per la presenza di soggetti responders alla lamotrigina in acuto (i pazienti per lo più venivano trattati con lamotrigina in acuto e successivamente randomizzati nel mantenimento a litio o lamotrigina), il che rende maggiore la probabilità di risposta preferenziale alla lamotrigina. Per il litio esistono quindi evidenze sicure dell'efficacia come stabilizzatore dell'umore, anche derivanti da uno studio di meta-analisi (Geddes *et al.*, 2004) che sottolinea l'azione preferenziale sulla prevenzione delle ricorrenze maniacali.

Per il valproato i dati di efficacia sono maggiormente controversi. Esiste un unico studio randomizzato e controllato versus placebo e litio nella profilassi delle ricorrenze (Bowden *et al.*, 1994), che tra l'altro aveva come primary outcome measure il tempo fino alla ricorrenza e non il tasso di ricorrenza. Tale studio non ha dimostrato una superiore efficacia di nessun composto attivo (né litio né valproato) rispetto al placebo. Una analisi, tuttavia, ristretta ai soli soggetti trattati in acuto con valproato (campione "arricchito") ha permesso di rilevare una differenza statisticamente significativa rispetto al placebo, ad indicare che il trattamento profilattico deve comunque essere condotto con lo stesso farmaco impiegato in acuto per determinare la remissione della sintomatologia dell'episodio. Esistono per il valproato altri due studi controllati recenti, uno verso olanzapina e uno verso litio nei rapidi ciclici. Nel primo studio, condotto da Tohen e coll. (2003), il valproato è risultato avere la stessa efficacia dell'olanzapina nella prevenzione delle ricorrenze sia maniacali che depressive dopo remissione dell'episodio maniacale; il tasso di remissione dell'episodio acuto era identico per i due farmaci, ma il tempo medio per ottenere la remissione è risultato inferiore per olanzapina. Uno studio recente, infine, controllato verso litio (Calabrese *et al.*, 2005) ha dimostrato una pari efficacia del valproato rispetto al litio nella profilassi a 20 mesi delle ricorrenze del disturbo bipolare in un campione di rapidi ciclici.

Per quanto riguarda la carbamazepina, sono stati condotti un unico studio controllato versus placebo, in cui la carbamazepina non è risultata superiore al placebo (Okuma *et al.*, 1981), e tre studi versus litio (Coxhead *et al.*, 1992; Simhandl *et al.*, 1993) dai risultati ambigui; l'ultimo studio, più recente e rigoroso, ha dimostrato una efficacia inferiore della carbamazepina rispetto al litio (Hartong *et al.*, 2003). Non vi sono quindi prove sufficienti di efficacia dell'azione profilattica della carbamazepina. Per la lamotrigina esistono almeno due studi rigorosi rispetto a placebo e comparatore attivo (litio); da una pooled analysis condotta da Goodwin e coll. (2004) sui risultati dei due studi effettuati (già citata precedentemente) è risultato che la lamotrigina è più efficace del litio e del placebo nel prevenire le ricadute depressive. Il litio è risultato essere più efficace nella prevenzione delle ricadute maniacali rispetto alla lamotrigina e al placebo. Secondo la definizione più ristretta di stabilizzatore dell'umore gli antipsicotici atipici devono dimostrare efficacia nel trattamento in acuto del disturbo bipolare ma anche nella profilassi delle ricorrenze. A tal proposito, esistono studi di classe A (controllati verso placebo o comparatore attivo, in doppio cieco) solo per olanzapina. Esistono studi in cui altri antipsicotici atipici sono stati impiegati in aggiunta (*add-on therapy*) ad altro

stabilizzatore, ma lo scopo di questa revisione della letteratura è sottolineare in dati di efficacia riguardo all'impiego in monoterapia per poter rispondere alla domanda su quali farmaci possano essere considerati stabilizzatori.

Per quanto riguarda l'utilizzo dell'olanzapina in monoterapia nella profilassi delle ricorrenze del disturbo bipolare esiste uno studio condotto versus placebo in soggetti che avevano precedentemente risposto all'olanzapina (Tohen *et al.*, 2006): in tale studio l'olanzapina si è dimostrata più efficace nella prevenzione delle ricorrenze sia depressive che maniacali. Al momento attuale questo è l'unico studio pubblicato condotto in doppio cieco e verso placebo nella profilassi del disturbo bipolare con un antipsicotico atipico in monoterapia.

Esistono inoltre per olanzapina studi in monoterapia a lungo termine di confronto con valproato e litio. Il primo, già citato (Tohen *et al.*, 2003), ha evidenziato che i tassi di ricaduta dopo remissione dell'episodio maniacale sono uguali per olanzapina e valproato; olanzapina è tuttavia più veloce nel determinare la risposta in acuto. Lo studio clinico controllato di confronto tra litio e olanzapina in monoterapia condotto in doppio cieco (Tohen *et al.*, 2005) ha evidenziato che i tassi di ricadute sono uguali per quanto riguarda le ricadute depressive mentre per quanto concerne le ricadute maniacali l'olanzapina risulta superiore al litio (rispettivamente 11.9% vs 25.4%). Tale studio è particolarmente significativo in quanto è stato condotto su soggetti la cui remissione della sintomatologia acuta era stata ottenuta con trattamento combinato litio e olanzapina; il campione non è quindi "arricchito" in favore di uno dei due farmaci stabilizzatori come in altri studi.

Conclusioni

In conclusione, facendo riferimento alla definizione più ristretta di stabilizzatore, quale quella proposta da Bauer e Mitchner, soltanto il litio potrebbe essere incluso tra gli stabilizzatori in quanto possiede almeno due studi di classe A (studi randomizzati e controllati) che ne dimostrano l'efficacia sotto quattro diversi punti di vista nel trattamento del disturbo bipolare: trattamento dell'episodio maniacale acuto, della depressione bipolare acuta, prevenzione sia degli episodi maniacali che di quelli depressivi nei pazienti bipolari.

Diversi altri farmaci, tra quelli esaminati nella presente trattazione, possono però essere definiti stabilizzatori dell'umore secondo una definizione meno restrittiva e più utile nella pratica clinica, con tuttavia notevoli differenze circa la consistenza delle prove di efficacia.

Per l'acido valproico mancano dati certi di efficacia per quanto riguarda il trattamento dell'episodio depressivo maggiore bipolare; sono inoltre necessarie conferme circa l'efficacia profilattica. Mancano invece dati di efficacia sul lungo termine per la carbamazepina, tanto che nessuna delle linee guida attualmente presenti la considera farmaco di prima scelta nella terapia profilattica del disturbo bipolare.

Sono promettenti i dati circa l'efficacia della lamotrigina, il cui ruolo, tuttavia, è limitato all'impiego nel trattamento della depressione bipolare e nella prevenzione degli episodi soprattutto depressivi.

Tra gli antipsicotici atipici, solo per olanzapina esistono al momento attuale evidenze documentate di una buona efficacia antimaniacale e di una buona efficacia nella prevenzione degli episodi di opposta polarità nella terapia a lungo termine del disturbo, ed è infatti l'unico composto di tale classe ad avere l'indicazione nel trattamento di mantenimento del disturbo bipolare.

Bibliografia

- Amsterdam J.D., Shults J., "Comparison of fluoxetine, olanzapine and combined fluoxetine and olanzapine initial therapy of bipolar type I and type II major depression: lack of manic induction", *J Affect Disord*, 2005; 87(1): 121-130.
- Baastrop P.C. et al., "Prophylactic lithium: double-blind discontinuation in manic-depressive and recurrent depressive disorders", *Lancet*, 1970; 2: 326-30.
- Baron M. et al., "Lithium carbonate response in depression", *Arch Gen Psychiatry*, 1975; 32: 1107-11.
- Bauer M.S., Mitchner L., "What is a 'mood stabilizer'? An evidence-based response", *Am J Psychiatry*, 2004; 161: 3-18.
- Bowden C.L. et al., "A placebo-controlled, 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60 (4): 392-400.
- Bowden C.L. et al., "Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in treatment of mania", *JAMA*, 1994; 271: 918-24.
- Bowden C.L., "New concepts in mood stabilization: evidence of effectiveness of valproate and lamotrigine", *Neuropsychopharmacology*, 1998; 19: 194-99.
- Brown D. et al., "Carbamazepine compared to haloperidol in acute mania", *Int Clin Psychopharmacol*, 1989; 4: 229-38.
- Calabrese J.R. et al., "A double-blind, placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression", *J Clin Psychiatry*, 1999; 60: 79-88.
- Calabrese J.R. et al., "A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression", *Am J Psychiatry*, 2005; 7: 1351-60.
- Coppen et al., "Prophylactic lithium in affective disorders: controlled trial", *Lancet*, 1971; 2: 275-79.
- Coxhead N. et al., "Carbamazepine versus lithium in the prophylaxis of bipolar affective disorder", *Acta Psychiatr Scand*, 1992; 85: 114-18.
- Cundall R.L. et al., "A controlled evaluation of lithium prophylaxis in affective disorders", *Psychol Med*, 1972; 2: 308-11.
- Dunner D.L. et al., "Lithium carbonate and affective disorders. V. A double-blind study of prophylaxis of depression in bipolar illness", *Arch Gen Psychiatry*, 1976; 33: 117-20.
- Emrich H.M. et al., "Effects of sodium valproate on mania: the GABA-hypothesis of affective disorders", *Arch Psychiatr Nervenkr*, 1980; 229: 116.
- Freeman T. et al., "A double-blind comparison of valproate and lithium in the treatment of acute mania", *Am J Psychiatry*, 1992; 149: 108-11.
- Geddes J.R. et al., "Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *Am J Psychiatry*, 2004; 161: 217-222.
- Goodwin F.K. et al., "Lithium response in unipolar versus bipolar depression", *Am J Psychiatry*, 1972; 129: 76-9.
- Goodwin G.M. et al., "A pooled analysis of 2 placebo-controlled 18-month trials of lamotrigine and lithium maintenance in bipolar I disorder", *J Clin Psychiatry*, 2004; 3: 432-41.
- Gyulai L. et al., "Maintenance efficacy of divalproex in the prevention of bipolar depression", *Neuropsychopharmacology*, 2003; 28 (7): 1374-82.
- Hartong E.G. et al., "Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment-naive bipolar patients", *J Clin Psychiatry*, 2003; 64: 144-151.
- Johnson G. et al., "Comparative effects of lithium and chlorpromazine in treatment of acute manic states", *Br J Psychiatry*, 1971; 119: 267-76.
- Johnson G. et al., "Controlled evaluation of lithium and chlorpromazine in the treatment of manic states: an interim report", *Compr Psychiatry*, 1968; 9: 563-73.
- Keck P.E. et al., "Analyses of treatment-emergent mania with olanzapine/fluoxetine combination in the treatment of bipolar depression", *J Clin Psychiatry*, 2005; 66(5): 611-616.
- Lerer B. et al., "Carbamazepine versus lithium in mania: a double-blind study", *J Clin Psychiatry*, 1987; 48: 89-93.
- Lusznat R. et al., "Carbamazepine vs lithium in the treatment and prophylaxis of mania", *Br J Psychiatry*, 1988; 153: 198-204.
- Maggs R., "Treatment of manic illness with lithium carbonate", *Br J Psychiatry*, 1963; 109: 56-65.
- Mcintyre R.S. et al., "Quetiapine or haloperidol as monotherapy for bipolar mania - a 12-week, double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled trial", *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005; 5: 573-85. Epub, 2005; Apr 18.
- Mendels J., "Lithium in the treatment of depression", *Am J Psychiatry*, 1976; 133: 373-78.
- Okuma T. et al., "A preliminary double-blind study on the efficacy of carbamazepine in prophylaxis of manic-depressive illness", *Psychopharmacology*, 1981; 73: 95-6.
- Okuma T. et al., "Comparison of the antimanic efficacy of carbamazepine and lithium carbonate by double-blind controlled study", *Pharmacopsychiatry*, 1990; 23: 143-50.
- Platman S.R., "A comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in mania", *Am J Psychiatry*, 1970; 127: 351-53.
- Pope H. et al., "Valproate in the treatment of acute mania", *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48: 62-68.
- Prien R. et al., "Comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in the treatment of mania", *Arch Gen Psychiatry*, 1972; 26: 146-53.
- Prien R. et al., "Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes", *Arch Gen Psychiatry*, 1973; 29: 420-25.
- Prien R. et al., "Prophylactic efficacy of lithium carbonate in manic depressive illness", *Arch Gen Psychiatry*, 1973; 28: 337-41.
- Sachs G. et al., "Quetiapine with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo-controlled study", *Bipolar Disord*, 2004; 3: 213-23.
- Shi L. et al., "Olanzapine versus haloperidol in the treatment of acute mania: clinical outcomes, health-related quality of life and work status", *Int Clin Psychopharmacol*, 2002; 17: 227-37.
- Shopsin B. et al., "Psychoactive drugs in mania", *Arch Gen Psychiatry*, 1975; 32: 34-42.
- Simhandl C. et al., "The comparative efficacy of carbamazepine low and high serum levels and lithium carbonate in the prophylaxis of affective disorders", *J Affect Dis*, 1993; 28: 221-31.
- Small J. et al., "Carbamazepine compared with lithium in the treatment of mania", *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48: 915-21.
- Spring G. et al., "A double-blind comparison of lithium and chlorpromazine in the treatment of manic states", *Am J Psychiatry*, 1970; 126: 1306-9.
- Stallone F. et al., "The use of lithium in affective disorders III: a double-blind of prophylaxis in bipolar illness", *Am J Psychiatry*, 1973; 130: 1006-10.
- Takahashi R. et al., "Comparison of efficacy of lithium carbonate and chlorpromazine in mania", *Arch Gen Psychiatry*, 1975; 32: 1310-18.
- Tohen M. et al., "A 12-week, double-blind comparison of olanzapine vs haloperidol in the treatment of acute mania", *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 12: 1218-26.
- Tohen M. et al., "Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression", *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 11: 1079-88.
- Tohen M. et al., "Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study", *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 841-49.
- Tohen M. et al., "Olanzapine versus divalproex in the treatment of acute mania", *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 1011-17.
- Tohen M. et al., "Olanzapine versus divalproex sodium for the treatment of acute mania and maintenance of remission: a 47-week study", *Am J Psychiatry*, 2003; 7: 1263-71.
- Tohen M. et al., "Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: a 12-month, randomized, double-blind, controlled clinical trial", *Am J Psychiatry*, 2005; 7: 1281-90.
- Tohen M. et al., "Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania", *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 702-9.
- Tohen M. et al., "Randomized, placebo-controlled trial of olanzapine as maintenance therapy in patients with bipolar I disorder responding to acute treatment with olanzapine", *Am J Psychiatry*, 2006; 163 (2): 247-56.
- Vasudev K. et al., "Carbamazepine and valproate monotherapy: feasibility, relative safety and efficacy and therapeutic drug monitoring in manic disorder", *Psychopharmacology*, 2000; 150: 15-23.
- Vieta E. et al., "Quetiapine monotherapy for mania associated with bipolar disorder: combined analysis of two international, double-blind, randomized, placebo-controlled studies", *Curr Med Res Opin*, 2005; 6: 923-34.
- Weisler R.H. et al., "A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of extended-release carbamazepine capsules as monotherapy of bipolar disorder patients with manic or mixed episodes", *J Clin Psychiatry*, 2004; 65: 748-84.
- Yatham N.L. et al., "Quetiapine versus placebo in combination with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania", *J Clin Psychopharmacol*, 2004; Dec, 24 (6): 599-606. Erratum in: *J Clin Psychopharmacol*, 2005; 2: 201. *J Clin Psychopharmacol*, 2005; 1: 103.
- Zajacka J.M. et al., "A comparison of the efficacy, safety, tolerability of divalproex sodium and olanzapine in the treatment of bipolar disorder", *J Clin Psychiatry*, 2002; 63: 1148-55.

Questo lavoro è stato premiato nel corso del recente congresso di Pescara al secondo posto del 2° concorso nazionale indetto da FeDerSerD in collaborazione con la ditta Molteni "Il trattamento del paziente con doppia diagnosi: il ruolo del metadone". La commissione giudicatrice, composta dall'Ufficio di Presidenza e dal Coordinamento del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD, ha espresso il seguente giudizio.

"Lavoro che presenta una buona casistica, una valida originalità; una ottima scelta della randomizzazione. Valida appare la metodologia di report, mentre carente è l'aspetto statistico nella valutazione di significatività. Appare elevata la ricaduta sulle attività dei Servizi. - Punteggio finale 16/20".

Efficacia del trattamento metadonico sul controllo dei sintomi psicotici sottosoglia nei tossicodipendenti

G. Di Petta*, V. D'Auria**, G. Sirico***, G. Liguori****, P. Scurti*****, B. Piazza+, A. Cimminiello++, A. Falcone+++ , A. Valdevit°, A. Di Cintio°, D. Della Porta°, G. Trojano°, C. Padricelli°, R. Bruno°°

Questo lavoro si propone di verificare l'efficacia della terapia di mantenimento metadonico a dosaggio adeguato sul controllo della sintomatologia psicotica sottosoglia repertata nella popolazione dei tossicodipendenti in trattamento metadonico (media 56,87 mg/die) in carico ai Ser.T. della ASL NA 3. A tale scopo è stato arruolato un campione di 83 tossicodipendenti, privi di sintomatologia psichiatrica oggettivamente descrivibile e conclamata, estratto randomicamente dalla popolazione di 1000 tossicodipendenti afferenti alle tre differenti UO SerT che insistono nell'hinterland al margine nord di Napoli. Attraverso la somministrazione del questionario FBF per il rilevamento dei Sintomi di Base (SB) si è evidenziata, in tutti i soggetti reclutati, la presenza di una significativa quota di dimensioni fenomeniche disturbate sul piano psicopatologico soggettivo (media 36/98). Selezionando, in questo campione, il sottogruppo di 20 utenti con punteggio all'FBF inferiore a 30/98, si è riscontrata l'assunzione di un dosaggio metadonico più elevato (media di 81,25 mg/die) rispetto al resto del campione esaminato (49,13 mg/die). I dati comparativi tra le medie di item compromessi in questo sottogruppo selezionato (16/98) ed il campione rimanente (44,16/98), depongono per un'azione significativamente contenitiva e protettiva del dosaggio metadonico adeguato sulla notevole vulnerabilità psichiatrica repertata nel campione esaminato, con evidente riduzione del rischio psicotico.

Introduzione

La massiva diffusione della comorbilità psichiatrica nella popolazione dei tossicodipendenti sta ponendo al sistema socio-sanitario italiano notevoli problemi di trattamento e di prognosi,

si, non esistendo, soprattutto, nell'attuale organizzazione dicotomica Salute mentale/Servizi per le Dipendenze, strutture specifiche deputate al trattamento integrato. Come per tutte le patologie gravi, croniche, fortemente invalidanti e ad alto impatto sociosanitario, anche per la doppia diagnosi è, pertanto, del tutto fondamentale impostare un discorso preventivo incentrato su criteri obiettivabili e univoci. Se la doppia diagnosi incombe sul futuro della popolazione tossicomane più che come un'eccezionalità, come un'aspettativa, diventa cruciale poter utilizzare strumenti di rilevazione precoce e presidi di trattamento efficaci sia nel contenimento che nella protezione dello scompenso psicotico nel tossicodipendente. Come è noto il trattamento precoce delle psicosi agli stadi iniziali si traduce in una prognosi migliore, risultante dalla relativa conservazione delle abilità sociali e dalla ritenzione in trattamento. Tutto ciò si configura, ovviamente, in una ricaduta positiva sui Servizi, in termini di risorse umane e di costi e di outcome generale degli interventi.

È da tempo nota l'azione antipsicotica del metadone nella sintomatologia conclamata, paranoide e aggressiva, anche in soggetti non tossicodipendenti (1, 2, 3, 4). È altresì dimostrato che il tossicodipendente con sintomatologia psicotica conclamata necessita di una protratta terapia di mantenimento metadonico con incremento del dosaggio al fine di limitare le conseguenze comportamentali delle alterazioni percettive e del pensiero. (5) Non ci sono, invece, in letteratura, studi che dimostrino l'efficacia del metadone nella prevenzione della sintomatologia psicotica nei tossicodipendenti, e nella protezione dallo scompenso nei soggetti vulnerabili. Non esistono, del resto, allo stato attuale, neanche studi che rilevino la presenza di sintomatologia di marca psicotica sottosoglia nei tossicodipendenti. L'obiettivo che questo lavoro si propone, quindi, è duplice:

- 1) monitorare la presenza di sintomi sottosoglia di inconfondibile segno psicotico nella popolazione generale dei tossicodipendenti in trattamento metadonico;
- 2) dimostrare come il trattamento sostitutivo con metadone prevenga, in questa popolazione, il manifestarsi di crisi psicotiche conclamate. In particolare lo studio si propone di verificare il range di dosaggio metadonico che dà maggiori garanzie di protezione nei confronti dello scompenso psicotico nei soggetti vulnerabili.

* Neuropsichiatria, Dirigente Medico, Responsabile UO Doppia Diagnosi, ** Dirigente Medico, Responsabile UO Ser.T. DSB 65, *** Dirigente Medico, Responsabile UO Ser.T. DSB 68, **** Dirigente Medico, Responsabile UO Ser.T. DSB 63, ***** Dirigente Psicologo, Responsabile UO Riabilitazione, + Dirigente Medico, UO Ser.T. DSB 65, ++ Dirigente Medico, UO Ser.T. DSB 63, +++ Educatore, UO Ser.T. DSB 68, ° Psicologo Volontario, UO Doppia Diagnosi, °° Psicologo Borsista, UO Doppia Diagnosi, area farmacotossicodipendenze ASL NA 3, coordinatore V. D'Auria.

Materiali e metodi

Il campione arruolato è costituito da 83 utenti tra i 1000 afferenti alle tre UO Ser.T. dell'ASL NA 3, tutti in trattamento sostitutivo metadonico senza comorbidità psichiatrica conclamata oggettivamente rilevabile, ai quali, dopo un colloquio psichiatrico, è stato somministrato da un operatore precedentemente addestrato con adeguato *training* il questionario dei sintomi di base (SB) FBF (Frankfurter Beschwerde Fragebogen di Sullwold L., curato per l'ed. it. da Stanghellini, Strik e Cabras)¹. Il criterio di reclutamento degli utenti per lo studio è stato *random*, in maniera da riproporre l'immagine fotografica di uno spaccato quanto più possibile reale dell'utenza ordinariamente in carico ai Servizi per le Dipendenze. Il questionario FBF, utilizzato allo scopo di repertare la sintomatologia sottosoglia, è uno strumento di valutazione psicopatologica di matrice tedesca di impostazione fenomenologica, fondato esclusivamente su quanto gli stessi pazienti sono in grado di riferire all'intervistatore circa i disturbi nella percezione della propria esperienza di sé, con gli altri, nel mondo. Il questionario, costituito da 98 *item* ai quali il soggetto è invitato a rispondere SI oppure NO, prende in esame i *sintomi di base* (SB) che sono definiti, in letteratura, come alterazioni elementari e aspecifiche dell'esperienza interna del soggetto, avvertite come disturbanti, che possono costituire un prodromo di accesso allo spettro psicopatologico di segno psicotico.

È noto che l'abuso di sostanze, in particolare di oppiacei, in molti casi copre un sottostante disturbo psichiatrico, pertanto, nella ricerca della vulnerabilità psicotica di cui i sintomi sottosoglia sono forti indicatori, è necessario utilizzare uno strumento di rilevamento rivolto non tanto alle manifestazioni eclatanti del disturbo psichiatrico, che possono essere silenziate dal *camouflage* operato dalle sostanze, ma piuttosto uno strumento sensibile a cogliere quelle alterazioni sottili, pervasive e radicali dell'esperienza interna del soggetto, che, non traducendosi in comportamenti visibili, non sono osservabili obiettivamente. Le dosi di metadone assunte dal campione in esame variano da un minimo di 5 mg/die ad un massimo di 200 mg/die (media = 56,87 mg/die). I punteggi emersi dalla somministrazione del questionario FBF variano tra un minimo di 1/98 e un massimo di 93/98 (media = 36,38). È stato utilizzato, come *cut off* di gravità, il numero di 30 *item* positivi, che ha consentito la definizione di un sottogruppo di 20 utenti, sul campione totale di 83, a bassa intensità di sintomatologia. In questo sottogruppo è stato verificato il dosaggio metadonico, allo scopo di chiarire la correlazione tra dosaggio metadonico e gravità della sintomatologia sottosoglia.

Risultati

Dai dati in esame emerge una distribuzione casuale in merito ai punteggi per le singole dimensioni fenomeniche e i totali del questionario.

Seguono dei diagrammi di distribuzione di frequenza tra i punteggi FBF totali e il decrescente livello metadonico (fig. 2), un grafico di dispersione tra queste due dimensioni (fig. 3) e infine le distribuzioni delle medie metadoniche con i singoli punteggi nelle scale dei sintomi di base.

Nell'ambito della popolazione studiata, a questo punto, è stato isolato un sottogruppo di 20 soggetti che presentavano un relativamente basso punteggio nel totale dei sintomi di base (minore di 30/98); questo sottogruppo di soggetti era, di fatto, quello trattato a dosaggio metadonico più elevato. In particolare è emerso il dato, estremamente interessante, che tra i 50 e i 100 mg/die si

Tab. 1 - Sintesi delle statistiche descrittive

	Media	Moda	Mediana
Controllo	3,55	2	3
Percezione semplice	2,49	0	2
Percezione complessa	2,18	0	1
Linguaggio	3,95	0	4
Pensiero	4,72	1	5
Memoria	3,72	0	3
Motricità	3,38	0	3
Automatismi	4,40	1	4
Depressività	4,41	1	4
Stimoli	4,53	2	4
Totale	37,35	78	36

Fig. 1 - Grafico a barre relativo al dosaggio metadonico per i singoli soggetti

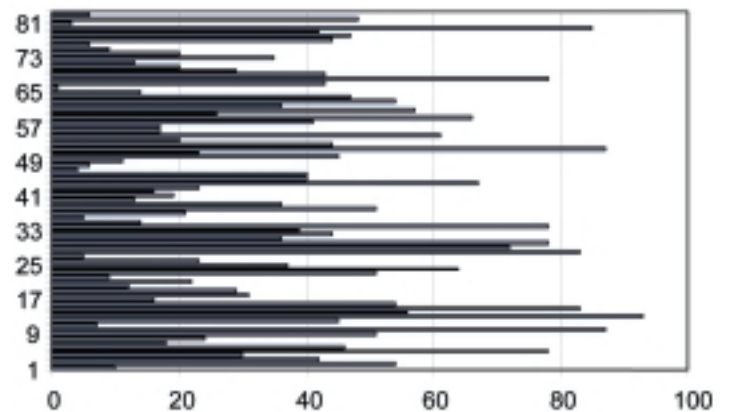


Fig. 2 - Relazione tra SB e terapia sostitutiva in ordine decrescente per dosaggio

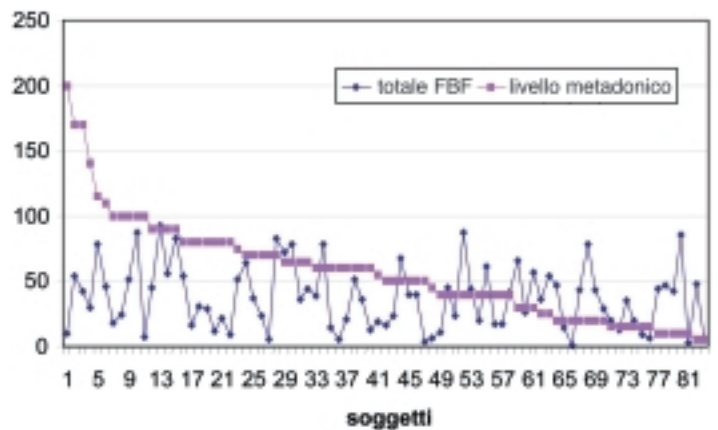
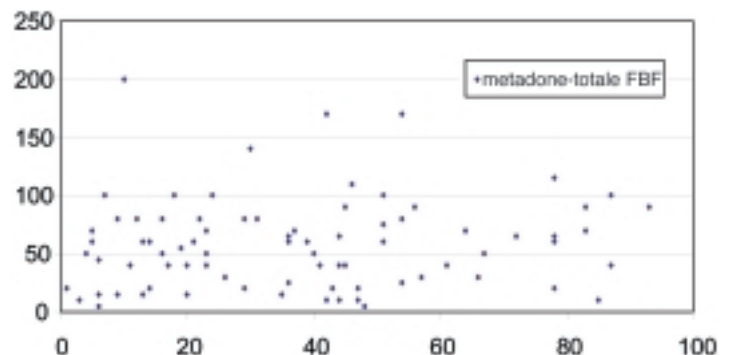


Fig. 3 - Grafico di dispersione del dosaggio metadonico nel campione



raggiunge un tetto di stabilizzazione della sintomatologia di base, non ulteriormente riducibile anche se si passa a dosaggi maggiori (fig. 4). I dati indicano, pertanto, che ad una media metadonica è di 81,25 mg/die (moda di 80) corrispondono una media e la moda del totale FBF di 16.

Confrontando le medie emerse da questo sottogruppo e il campione totale rimanente, emergono i dati seguenti: per i 63 soggetti la media dei SB emersa è di 44,13, mentre il livello metadonico medio è di 49,13 mg/die. Seguono due grafici di distribuzione di frequenza e di dispersione (figg. 6 e 7).

Fig. 4 - Relazione del sottogruppo in analisi tra dosaggio della terapia sostitutiva e SB

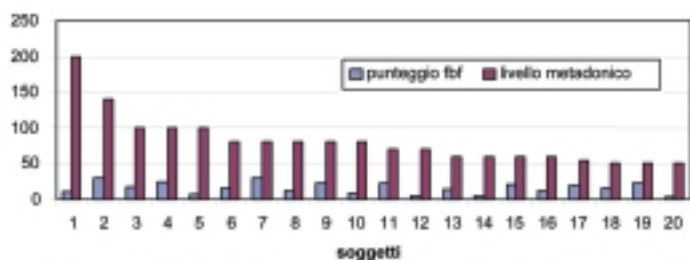


Fig. 5 - Grafico di dispersione tra dosaggio terapeutico e livello SB

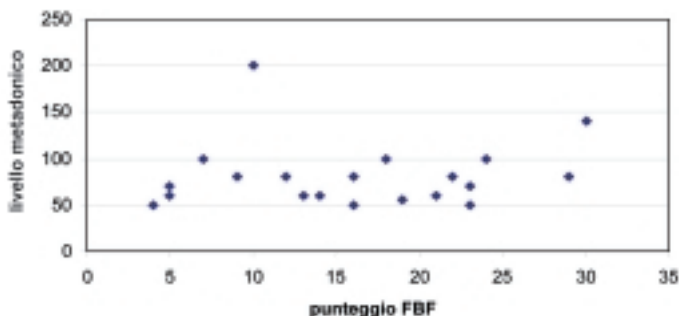


Fig. 6 - Relazione del gruppo in esame tra dosaggio terapeutico e somministrazione terapeutica

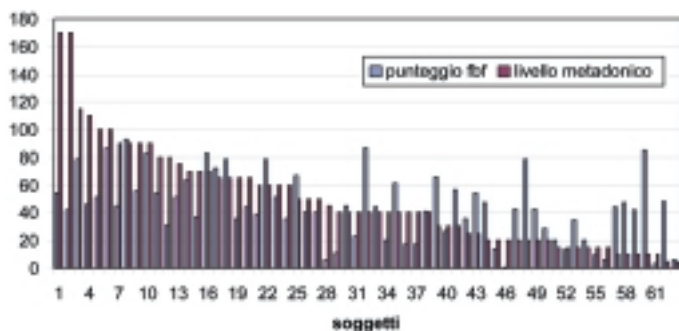
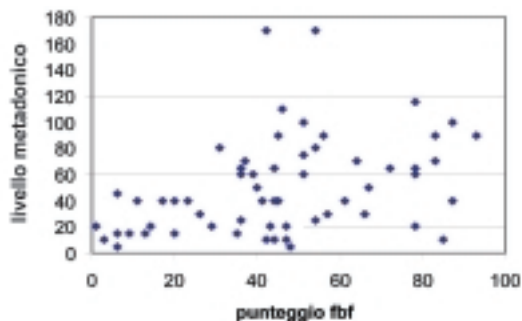


Fig. 7 - Grafico di dispersione del gruppo tra dosaggio terapeutico e SB



Discussione

I risultati emersi sono inquadrabili, concettualmente, secondo le seguenti linee interpretative:

1) la totalità dei soggetti esaminati (83 utenti randomicamente reclutati), pur non manifestando segni evidenti di disturbo psichiatrico conclamato, presenta un discreto punteggio (36/98) al questionario FBF, indicatore della presenza di una alterazione pervasiva e sottile di dimensioni importanti della salute mentale, come quella percettiva e quella del pensiero, tali da configurare possibili costellazioni sintomatologiche prodromiche all'esperienza psicotica. Questo dato, se convalidato da studi più estensivi, rappresenterebbe un indicatore allarmante, perché significherebbe che una quota rilevante della popolazione tossicomane non psichiatrica, attualmente già in trattamento metadonico presso i Servizi per le Dipendenze, sta probabilmente velocemente viaggiando verso lo scompenso psichiatrico;

2) evidentemente, il trattamento sostitutivo con metadone cloridrato, assunto da tutti i soggetti reclutati (56,87mg/die), esercita già di per sé una valida azione frenante sullo slittamento della sintomatologia soggettiva rilevata dal questionario FBF verso una sintomatologia oggettivamente rilevabile e nosografizzabile con diagnosi di asse I del DSM IV-R. Questo significa che l'eventuale l'interruzione del trattamento metadonico, in questi soggetti, senza un'adeguata copertura con farmaci antipsicotici specifici o, peggio, la detossificazione forzata o assistita in regime residenziale sono pratiche altamente suscettibili di scompensare, da un punto di vista psicotico, i soggetti in esame (5);

3) in un sottogruppo del campione di utenti presi in esame (20/83) è evidente che l'incremento dei dosaggi metadonici (81,25 mg/die) corrisponde ad un livello di sintomatologia rilevata dall'FBF notevolmente più basso (16/98). Questo dimostra la straordinaria efficacia dell'azione antipsicotica del metadone e la sua capacità di indurre una regressione, sotto trattamento, della sintomatologia di base con il ripristino e la stabilizzazione di ampie zone del funzionamento intrapsichico, interpersonale e sociale del soggetto;

4) tolti i 20 soggetti a correlazione fortemente positiva tra incrementato dosaggio metadonico (81,25 mg/die) e bassa sintomatologia di base (16/98), nel rimanente campione di 63 soggetti, emerge come la sintomatologia di base (44,13 mg/die) rimanga alquanto "scoperta" dal dosaggio metadonico (49,13/98). È verosimile, pertanto, che questi soggetti, qualora non completino l'azione antipsicotica del metadone con un abuso di sostanze oppiacee che abbiano un'azione autoterapeutica di *add on*, sono a più forte rischio, rispetto agli altri, di scompenso psicotico in breve periodo di tempo, poiché non si gioverebbero a pieno dell'azione protettiva garantita da un dosaggio metadonico adeguato.

Conclusioni

Questo lavoro basa le proprie inferenze su dati preliminari raccolti randomicamente su un segmento di popolazione tossicomane in trattamento metadonico afferente ai Ser.T. di una vasta e degradata area perimetropolitana. L'interesse degli Autori, in questo studio, si è concentrato sullo spaccato di situazione reale e non selezionata utenza mista e variegata presa in carico con trattamento metadonico, su cui la valutazione clinica specialisti-

ca ha escluso la presenza di psicosi conclamata rubricabile secondo i criteri diagnostici del DSM IV-R. I risultati emersi da questo ristretto, ma significativo campione, tracciano una linea di allarme rispetto alla massiccia e assolutamente insospettata presenza di sintomatologia psichiatrica sottosoglia nella popolazione tossicomane normalmente e quotidianamente trattata nei SerT e scoraggiano l'adozione di trattamenti a scalare breve e a basso dosaggio (5), se non si è, in qualche modo, preparati a fronteggiare il possibile slatentizzarsi della crisi psicotica. I dati relativi alla correlazione tra dosaggio più alto di metadone (81,25 mg/die) e livello più basso della sintomatologia psicotica sottosoglia (16/98 FBF) depongono, al contrario, per l'adozione di un atteggiamento terapeutico rivolto all'adeguamento del dosaggio in tutte quelle condizioni vulnerabili e quindi a rischio di scompenso psicotico. Si sottolinea come, in un soggetto affetto da una serie di disturbi come i sintomi di base, che modificano pervasivamente la sua esperienza interna, è meramente illusorio pensare che possa fare a meno della terapia sostitutiva e, insieme, dell'abuso di sostanze. Il nodo della problematica in questione, per il paziente non adeguatamente trattato, qui, non è più quello dell'astinenza fisica, bensì quello della necessità di lenire o, in alcuni casi, far regredire o mantenere stabile un livello di disfunzionamento interno percepito come sgradevole, disturbante ma, soprattutto pericolosamente evolutivo. Questi aspetti potrebbero illuminare, accanto ai più noti circuiti della gratificazione, le basi psicopatologiche del *craving*. Il *craving*, infatti, potrebbe essere dettato, in questi soggetti, dalla stringente necessità di placare la quota di angoscia e di disfunzionamento intrapsichico ed interpersonale determinato dalla pervasività dei sintomi di base e dalla loro ricaduta sull'omeostasi generale del rapporto io-mondo. Data l'attenzione che il tossicomane dedica al proprio assetto cenestetico, inoltre, non è da escludere che, vista una notevole componente cenestopatica nei sintomi di base, questa venga scambiata o confusa dal soggetto con la fase astinenziale, e quindi farebbe precipitare la ricaduta tossicomane, compromettendo il buon esito del trattamento scalare o detossificante praticato. Di estremo interesse, poi, è il dato secondo cui, nei soggetti trattati, l'adeguamento del dosaggio metadonico alla quota media di almeno 80 mg/die, senza bisogno di salire a dosaggi più estremi, rappresenterebbe già di per sé, un sufficiente ed efficace presidio preventivo e protettivo, in quanto eserciterebbe un controllo nei confronti della sintomatologia psichiatrica sottosoglia, mantenendola sul livello di 16/98, compatibili con un funzionamento sociale adeguato, con una più alta ritenzione in trattamento e con una migliore *compliance* alla presa in carico, dove questa è possibile, psicoterapeutico-riabilitativa. È verosimile, qui, che il miglioramento della sintomatologia di base sia da attribuirsi, oltre che all'azione anti-psicotica specifica del metadone, alla stabilizzazione e al migliore funzionamento delle generali condizioni di vita del soggetto, al suo mantenersi socialmente inserito e al minore bisogno di consumare sostanze ad azione potenzialmente psicotogenetica. Continuare a gestire una popolazione come quella dei tossicodipendenti in carico ai Servizi per le Dipendenze

con dosaggi inadeguati di metadone, ovvero con dosaggi uguali o inferiori ai 50 mg/die, oltre a non offrire alcun risultato sull'estinzione dei comportamenti d'abuso, non offre alcuna protezione nei confronti della sintomatologia psichiatrica sottosoglia e pertanto rischia di incrementare significativamente la quota di tossicodipendenti attualmente non psichiatrici che transiteranno verso spettri clinici psichiatricamente rilevanti. È noto il vantaggio in termini di prognosi qualora la psicosi venga individuata e trattata precocemente, anziché tardivamente nel suo conclamato manifestarsi (6). Ciò è ancora più vero nel caso della doppia diagnosi. Quindi gestire con un trattamento metadonico a basso profilo una popolazione ad alto rischio psicotico configura, sul piano deontologico ed etico, una precisa responsabilità di mancata assistenza, da parte degli operatori, nei confronti degli utenti, soprattutto se si pensa, come nei casi evidenziati in questo studio, che la dose di metadone con efficacia protettiva (81,25 mg/die) sulla sintomatologia psicotica sottosoglia, non è poi così lontana da quella già ordinariamente somministrata (56,87 mg/die).

Nota

1. Sullwold L. FBF, *Questionario dei sintomi-base, Manuale*, Organizzazioni Speciali, OS, Firenze, 1991, a cura di Stanghellini G., Ricca V., Quercioli L., Cabras P.L., Dalle Luche R., Prast H., Molon S., Maggini C., "L'immagine della schizofrenia in relazione al concetto di 'Sintomi-base'", in Sarteschi P., Maggini C., *Atti Personalità e Psicopatologia*, vol. II, ETS, Pisa, 1990; Cantoni G., Cardinale U., Cavuoto D., Della Porta D., Di Cintio A., Cannavò M., Di Petta G., "Doppia diagnosi: ricognizione fenomenologica con la FBF, studio su 40 casi clinici", *Atti del III Congresso Nazionale FeDerSerD*, Firenze, 2004; Gross G., Huber G., Klosterkoetter J., Linz M., "Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)", edizione italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche, ETS, Pisa, 1992; Klosterkoetter J., *Basisymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*, Springer, Berlin, 1988; Stanghellini G., *Verso la Schizofrenia: la teoria dei sintomi-base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992.

Bibliografia

Berken G.H., Stone M.M., Stone S.K. (1978), "Methadone in schizophrenic rage: a case study", *Am J Psychiatry*, 35 248-249.
Brizer D.A., Hartman N., Sweeny J., Millman R.B. (1985), "Effect of methadone plus neuroleptics on treatment-resistant chronic paranoid schizophrenia", *Am J Psychiatry*, 149 (9) 1106-1107.
Pickard D., Davis G.C., Schulz S.C., Exstein I., Wagner R., Naber D., Gold P. W., Van Kammen D.P., Goodwin F.K., Wyatt R.J., Li C.H., Bunney W.E. (1981), "Behavioral and Biological effects of acute beta-endorphin injection in schizophrenic and depressed patient", *Am J Psychiatry*, 138 160-166.
Salzman B., Kurian M., Demirjian A., Morant E., Dowell S., Miller I., Royo W. (1973), "The paranoid schizophrenic in a methadone maintenance program", *Proc Natl Conf Methadone Treat*, 2 1304-1307.
Maremmani I., Pacini M., Pani P.P. (2006) (a cura di), *Il manuale del trattamento ambulatoriale con metadone*, Pacini, Pisa.
Mcgorry P.D., Jackson H.J. (2004), *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Uno studio esplorativo sul case management

Giuseppe De Luca*, Alfio Lucchini**

Premessa

Durante l'estate del 2005 è stato messo a punto ed applicato su un ristretto numero di professionisti del Dipartimento Dipendenze della ASL Milano 2 un questionario sul case management.

Gli operatori che hanno collaborato su base volontaria sono stati quelli del Ser.T. di Gorgonzola e di Melegnano.

Prima della somministrazione del questionario v'è stata una sessione di formazione in cui il responsabile del progetto ha illustrato gli obiettivi ed i metodi utilizzati nella costruzione del questionario ed anche le finalità che con questo studio esplorativo si intendevano raggiungere.

Tali finalità erano quelle di valutare l'efficacia conoscitiva dello strumento di indagine e la sua validità intrinseca prima di applicarlo su un campione più esteso di operatori.

Questo studio esplorativo si inserisce all'interno del progetto "Un programma integrato" che la Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella sta realizzando in convenzione con la ASL Milano 2.

Commenti ai dati

I dati, che qui di seguito commentiamo, sono quindi rappresentativi di questo piccolo universo. Il questionario utilizzato era composto da cinque aree: identificazione, valutazione, pianificazione, implementazione e aggiornamento. Esse riflettono la struttura della conoscenza sulla managed care come si presenta attualmente in letteratura scientifica.

Il questionario è stato somministrato sotto forma anonima e le persone hanno scelto liberamente di compilarlo in tutto o in parte. Ogni area racchiude un gruppo di domande che la caratterizzano.

Area identificazione

Nell'area identificazione sono comprese tutte quelle domande che permettono di tracciare il profilo psicosociale del Servizio. Ebbene: la totalità dei 36 partecipanti allo studio esplorativo sostiene che non vi sono né ostacoli, né barriere nel raggiungere il Servizio, il quale è orientato all'utente. Per questo tra le sue priorità sono previste quelle della tutela dei diritti degli utenti.

Inoltre, il Servizio non è polarizzato su interventi monospecialistici, ma svolge interventi plurispecialistici, nel senso che l'utente ha la possibilità di accedere ad una ampia gamma di prestazioni cliniche e riabilitative.

Per quanto concerne l'individuazione immediata del referente di un caso il gruppo si divide a metà. Il 53% sostiene che il refe-

rente del caso è individuato subito, l'altro 47% è convinto che questo non è vero. Quest'ultimo gruppo esprime il convincimento che passa un certo lasso di tempo tra l'intervento plurispecialistico e l'identificazione di un operatore di riferimento per la gestione integrata del caso.

L'immagine pubblica del servizio è appropriata nel 70% degli interessati, non lo è del tutto nel restante 30%. Questa parziale inadeguatezza dell'immagine richiederebbe, per essere superata, una strategia di comunicazione sociale che riduca l'effetto stigma connessa al Servizio e valorizzi i vantaggi della fruizione delle sue opportunità.

La campagna informativa "Conosci il tuo limite" potrebbe essere un modo inedito di presentare il Servizio pubblico ed i suoi vantaggi.

Solo il 20% del gruppo degli interessati è dell'idea che vi sono tempi di attesa lunghi, l'80% sostiene che esiste una accettabile attesa tra segnalazione del bisogno ed intervento.

Il 23% degli intervistati sostiene che il referente di un caso non ha del tutto chiaro quello che deve comunicare agli utenti, mentre il 77% sa comunicare con certezza e convinzione, cioè trasferisce sicurezza e stabilità nel rapporto che instaura con gli utenti.

Per quanto concerne il processo di valutazione, il 60% è dell'idea che l'insieme delle formazioni possedute è sufficiente a formulare concretamente una valutazione, il restante 13.30% sostiene che le informazioni che possiede sono inadeguate ad una completa e corretta valutazione dei bisogni degli utenti, il 26.6% non si esprime.

Il quesito qui è: le informazioni ci sono e non circolano tra gli operatori, nel senso che sono racchiuse dentro ruoli e funzioni specifiche, oppure le informazioni non sono raccolte? In entrambi i casi si registra una disfunzione.

Non sempre chi ha informazioni carenti si rivolge al coordinatore del servizio per colmare questa lacuna. Solo il 46.6% lo fa, il 23.3% si astiene. I non so qui sono il 26.6%.

L'operatore poi non sempre ha una visione di insieme della rete integrata dei servizi territoriali: solo il 50% la possiede pienamente. Esce rafforzata infine la filosofia orientata all'utente che il Servizio persegue anche nella gestione degli appuntamenti. Ogni spostamento di orario viene concordato con l'interessato. Questa metodologia dovrebbe aumentare il livello di affidabilità degli utenti ed avere come risultato la non esistenza di tempi morti nell'organizzazione del lavoro.

Da questi dati possiamo estrapolare le componenti psicosociali che identificano il Servizio.

Esso è partecipativo nei confronti degli utenti, ne tutela i diritti e considera il loro punto di vista ed i loro bisogni. Ha un approccio multidisciplinare nella valutazione dei livelli di gravità e consistenza della dipendenza da sostanze. Non sempre le informazioni sul caso sono accessibili e fruibili per espletare una compiuta valutazione diagnostica. Questo si riflette sul modello di comunicazione attivato che a volte genera poca chiarezza e trasparenza. Inoltre ha difficoltà ad identificare subito il referente di un caso e non sempre è in rete ottimale con gli altri Servizi.

* *Responsabile scientifico Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella.*

** *Direttore Dipartimento Dipendenze ASL provincia di Milano 2.*

Area valutazione

In questa area sono considerate tutte quelle domande che fanno della valutazione un punto cruciale per la formulazione di un piano di trattamento. Quasi sempre la valutazione si svolge in un ambiente confortevole ed accessibile. Il 70% degli intervistati è di questa idea, il 20% è dell'idea opposta e cioè che spesso la valutazione non si realizza in contesti adeguati sia dal punto di vista abitativo che relazionale.

Non tutti quelli che sono coinvolti nella valutazione possono accedere facilmente nel contesto dove essa si realizza. Sembra esserci, cioè, delle barriere organizzative e logistiche che impediscono la partecipazione.

Il modello di comunicazione utilizzato durante la valutazione spesso è sicuro ed efficace (70%) ma in altri casi (30%) esso presenta elementi di insicurezza ed inefficacia.

Per quanto riguarda il coordinamento del programma di valutazione prevale un orientamento a non definire il responsabile (63% vs 37%).

Questo atteggiamento può essere generato da un approccio multidisciplinare alla valutazione e da un eventuale prolungamento oltre il dovuto della discussione in equipe.

Che la prima considerazione possa essere la motivazione è dettato dal fatto che quando si tratta di effettuare valutazioni specializzate si identifica subito l'interlocutore (73% vs 27%). È evidente che è carente la cultura del coordinatore del caso, che potrebbe aiutare a risolvere questa disfunzione.

Viene poi confermato l'approccio aperto e senza frontiere del Servizio.

Esso, infatti, cerca di coinvolgere tutti gli operatori che a qualsiasi titolo sviluppino un rapporto con l'utente.

Da questo punto di vista la valutazione è un evento chiuso, cioè definito da regole, metodi ed obiettivi precisi da raggiungere, ma è anche un evento aperto cioè orientato al coinvolgimento di risorse cliniche e scientifiche non collocabili dentro il Servizio ma fuori, ed al tempo stesso dinamica ed evolutiva.

Nel percorso valutativo il Servizio è dotato di un'ampia gamma di competenze tale da renderlo autonomo ed indipendente per il 93.3%.

Questa assoluta autonomia potrebbe essere un ostacolo perché esso sia messo in rete con modalità integrative.

Infatti, il Servizio non ha bisogno di informazioni esterne a quelle da lui raccolte per formulare un piano di trattamento (90%).

Mentre, dal punto di vista tecnico e metodologico, la valutazione tiene conto delle risorse residue sia dell'utente che di coloro che l'assistono (90%).

Così, come si tende a personalizzare la valutazione sia nella scelta dei valutatori che nello stile di valutazione, entrambe adattate ai bisogni, alle aspettative, agli interessi degli utenti.

Nei rapporti con l'utente infine prevale un clima culturale e sociale di solida empatia e di disponibilità all'ascolto ed alla comprensione (100%).

La valutazione secondo l'opinione degli operatori si regge sui seguenti architravi:

- Deve promuovere un rapporto empatico con l'utente.
- Deve seguire regole, metodi ed obiettivi precisi e definiti nel tempo ed al tempo stesso essere aperta alle innovazioni.
- Deve coinvolgere tutti quelli che per qualsiasi ragione sono interessati alla realizzazione di un piano di trattamento integrato verso l'utente.
- Deve essere il più possibile personalizzata, vicina cioè alle caratteristiche di personalità degli utenti, sia nella scelta di chi fa la valutazione sia nello stile esecutivo. Da questo punto di

vista i ruoli e le funzioni dentro il Servizio non devono essere rigidi ma flessibili ed adattabili.

I punti critici della valutazione sono invece identificati nei seguenti fattori:

- L'ambiente (setting) di valutazione spesso è d'ostacolo alla piena partecipazione di tutti gli operatori e all'utilizzazione del loro sapere.
- Il coordinamento della valutazione spesso non è definito con chiarezza e precisione, da qui la necessità di sviluppare azioni formative sul case/care management e/o creare un ruolo specifico di coordinatore del caso riempiendolo di contenuti formativi ed operativi.
- L'integrabilità con altri Servizi e quindi l'inserimento nella rete delle opportunità locali. Qui l'integrabilità dovrebbe spingersi verso l'alto (progettualità di eccellenza) piuttosto che verso il basso (gestione di routine dei casi).

Area pianificazione

In questa area sono racchiuse le domande che servono a definire le strategie di pianificazione delle risorse.

L'approccio consultivo e partecipativo è il tratto dominante (90%), insieme alla propensione all'ascolto della considerazione del punto di vista dell'altro (90%).

Questo porta alla scelta di costruire programmi di intervento basati sulle identificazione delle risorse non ancora intaccate dalla malattia (90%).

Non sempre il personale coinvolto nella programmazione degli interventi è sufficiente, questo dato incide negativamente sulla realizzazione dei programmi ed è coerente con le risorse limitate possedute.

Le informazioni che sono raccolte attraverso il processo valutativo sono adeguate per programmare un intervento (73% vs 27%). Il programma di intervento viene considerato come un carico di lavoro (56%), questo significa che qualunque attività spinga l'operatore ad uscire dal suo ruolo tradizionale ha connotazioni di appesantimento operativo, un di più che pesa nella struttura della attività quotidiana.

Di conseguenza la resistenza all'integrazione sarebbe basata su un sovraccarico di lavoro.

Il 56% sostiene che le Agenzie esterne influenzano la pianificazione degli interventi e che non sempre è chiaro di chi è la responsabilità del piano di trattamento.

Anche qui si registra un deficit di integrazione tra i Servizi interni e quelli esterni che operano sullo stesso caso.

Questo nonostante il Servizio sia organizzato per conoscere e soddisfare i bisogni degli utenti (86%).

Nonostante questa generale apertura all'utente può accadere però che l'utente stesso non può cambiare operatore nel caso in cui non si trovi bene con quello assegnato (40% vs 46%), anche se viene data assoluta libertà all'utente di rompere il contratto terapeutico senza temere conseguenze negative.

Le attuali caratteristiche di base nella pianificazione delle risorse possono essere quindi così sintetizzate:

Punti deboli

- Un atteggiamento generalizzato verso il programma di intervento che tutti percepiscono come un carico di lavoro oltre quello di routine.
- Una carenza nell'attribuzione delle responsabilità di un piano di trattamento integrato.
- Una carenza di personale nella fase di programmazione degli interventi.

- Una problematicità nell'integrazione con le agenzie esterne nella realizzazione di un piano di trattamento.

Punti forti

- Un approccio partecipativo alla elaborazione del programma di intervento con il consenso informato dell'utente.
- Una attenta valutazione dei bisogni di base degli utenti.

Area implementazione

In questa area sono riportate le domande che identificano la strategia più opportuna per l'implementazione di un programma di trattamento.

L'ostacolo più ricorrente è l'effetto stigma collegato con l'immagine pubblica del Servizio (56%) anche se esso, dal punto di vista culturale, è aperto al territorio ed alla comunità locale (83%).

Questo fa sì che essi sono usati anche da persone che non presentano specifiche patologie di dipendenza da sostanze e quindi considerano una vasta gamma di bisogni (es. orientamento, counselling).

Fanno leva sulle risorse residue degli utenti e non sulle loro carenze per implementare un programma (83%), puntano quindi a rendere l'utente protagonista del piano di trattamento.

Infine sono coerenti con quanto previsto dal piano individuale di trattamento (90%), ma non sono complementari ad altri Servizi (53%).

La loro specificità li porta a considerarsi unici.

Nel 70% dei casi, le informazioni possedute sul caso sono idonee allo svolgimento appropriato del proprio ruolo, non lo sono abbastanza nel 30% dei casi.

Nel caso di errori od ostacoli nella realizzazione del piano di trattamento è chiaro a chi bisogna riferire nel 66% degli intervistati, non lo è pienamente nel 34%.

Non sempre nel Servizio esiste la possibilità di scegliere e la flessibilità (43% vs 43%).

L'équipe è attrezzata per fare fronte alle emergenze nel 43% dei casi, non lo è pienamente secondo il 43%.

Non sempre in una Agenzia esterna si identifica subito un responsabile se c'è qualcosa che non funziona (33% vs 26%, 37% non so).

I punti critici delle strategie di implementazione del programma sono identificati

- Sul piano culturale in una resistenza all'accettazione della diversità nella comunità locale nonostante i Servizi si sforzino di essere aperti ad un'ampia gamma di interventi.
- Sul piano psicologico, nella carenza di flessibilità ed adattabilità degli operatori.
- Sul piano organizzativo, nella insufficiente linearità nella gestione di un caso con le agenzie esterne.
- Nell'organizzazione interna del lavoro dell'équipe che non sempre è orientata alla gestione delle emergenze,
- Inoltre, essa punta sulle risorse residue degli utenti, è coerente con il piano di trattamento ed è chiaro a chi bisogna riportare nel caso di errori o di insuccessi.

Area aggiornamento

In questa area sono racchiuse le domande che definiscono i requisiti dell'aggiornamento di un piano di trattamento.

Qui, emerge che non sempre esiste un monitoraggio del progresso dell'utente (33% vs 67%) e che di fonte ad una disfunzione del Servizio non sempre è chiaro come gestirla (40% vs 36%, 20% non so).

Molto spesso la discussione sul caso ha ripercussioni sulla struttura delle prestazioni erogate dal Servizio (50% vs 30%).

Inoltre, quando si aggiorna un caso, a volte si seguono i vincoli della pianificazione (45%) e a volte no (55%).

L'aggiornamento del caso non è mai improvvisato (83%), esso fa parte dell'agenda del Servizio e quindi le informazioni possedute a sostegno dell'aggiornamento del piano di trattamento sono sufficienti (76%).

Il caso poi viene aggiornato frequentemente (76%) ma le persone di riferimento non sono sempre le stesse (66%). Esiste un indice alto di turnover.

Possiamo tracciare l'identikit dell'aggiornamento del caso in questo modo:

- È frequente.
- Non è improvvisato.
- È basato scientificamente.
- Segue parzialmente le specifiche tecniche della pianificazione.
- Ha riflessi sulle attività del servizio, non è quindi indolore.
- Non sempre c'è un responsabile che fa il monitoraggio dell'evoluzione del caso.
- Esiste una scarsa dimestichezza e familiarità con la gestione delle disfunzioni.
- C'è un indice di cambiamento elevato nelle figure di riferimento per gli utenti.

Conclusioni

Le conclusioni provvisorie alle quali possiamo arrivare sono che nel gruppo che ha partecipato allo studio esplorativo esiste una tendenza a costruire un modello di comportamento professionale orientato alla managed care, anche se esso non possiede strumenti e competenze.

Questa tendenza andrebbe rafforzata con due azioni specifiche. La prima, riguarda una formazione continua e sistematica sulla managed care, sia dal punto di vista tecnico-scientifico sia da quello metodologico ed organizzativo.

La seconda azione dovrebbe concretizzarsi con la sperimentazione di una gestione di alcuni casi (ad esempio: i casi multisequitivi) secondo i principi e le linee-guida della managed care. Essa servirebbe come base dimostrativa per apprendere direttamente dall'esperienza.

Note

1. Gli autori ringraziano i responsabili (Antonio Colaiani e Cinzia Assi) e gli operatori del Ser.T. di Gorgonzola e del Ser.T. di Melegnano Vizzolo Predabissi che hanno preso parte a questo studio esplorativo senza i quali questo contributo non avrebbe potuto essere scritto.

2. I Dipartimenti delle Dipendenze interessati a conoscere gli strumenti operativi e a prendere parte ad uno studio nazionale sul case management possono collegarsi con Giuseppe De Luca info@coopmarcella.it, www.coopmarcella.it o Alfio Lucchini lucchinialfio@tiscali.it, www.federserd.it.

Bibliografia

- Goodman M. *et al.*, *Managing Managed Care*, APA 2005.
 APA, *Task Force Quality Indicators*, APA, 2002.
 Gretchen B., Chapman, Frank A. Sonnenberg, *Decision making in Health care, Theory, Psychology and Applications*, Cambridge University Press N.Y. 2000.
 Dana C., Ackley, *Breaking Free of Managed Care*, Guilford Press N.Y. 1997.
 De Luca G. *et al.*, "Salute mentale e managed care", dossier *Percorsi di integrazione*, n. 12, 1996, CSRS Milano.
 Ovreteit J., *Coordinating Community Care*, Open University Press, Filadelfia, 1995.
 Malin N., *Implementing Community Care*, Open University Press, Filadelfia, 1994.

Tossicodipendenza e Riduzione del Danno. Una ricerca al Ser.T. di Bergamo

Barbara Cavarzan*, Andrea Noventa**

La Riduzione del Danno

La Riduzione del Danno – R.d.D. – è un approccio che mira a ridurre le conseguenze negative dell'uso di droghe. Lavorando con la persona nella sua interezza, le politiche e i programmi di R.d.D. creano condizioni e sviluppano strategie per attivare processi di cambiamento sugli orientamenti e sui comportamenti. Gli interventi possono essere diversi in relazione alle caratteristiche dei consumatori, alla sostanza assunta, ma l'obiettivo di fondo rimane lo stesso: incontrare i consumatori di sostanze là dove essi sono per aiutarli a diventare più consapevoli dei rischi che corrono e individuare opzioni per ridurre questi rischi (Regione Emilia Romagna, Progetto Regionale dipendenze, 2005).

È una strategia ancora in divenire, aperta ad integrazioni e arricchimenti per il fatto che mentre offre risposte concrete a problemi altrimenti non risolvibili, comporta una serie di interrogativi di natura etica, operativa e politica di grande rilevanza.

La concezione della limitazione del danno tiene conto del fatto che si continua e si continuerà ad abusare di sostanze modificatrici dell'umore e mira a dare risposte immediate ai problemi dei tossicodipendenti attivi inducendoli nel tempo ad accettare programmi di cura e di reinserimento. Parte dalla constatazione che vi è chi per motivi diversi, in quella particolare fase dell'esistenza, non riesce o non vuole cambiare, ma proprio per le condizioni in cui vive necessita di un sostegno indispensabile alla propria sopravvivenza.

Riduzione del danno significa attivare tutte le forme di contatto e di accompagnamento affinché siano garantite le condizioni minime che permettano, quando diventa matura l'intenzione di cambiare, di poterlo fare evitando l'irreversibile compromissione di tali condizioni.

La R.d.D. si fonda su una concezione della personalità umana capace di libertà e di autodeterminazione che in ogni momento può dischiudersi a un nuovo progetto di vita. È perciò determinata ad accogliere ogni tossicodipendente e in particolare i più emarginati a partire dal riconoscimento della loro dignità e del diritto-dovere di realizzazione delle loro potenzialità, nascendo da una solidarietà responsabile nei confronti della persona umana che si dispiega ben oltre la disapprovazione della sua condotta auto ed etero distruttiva (Pinkus L., 1999).

Non si tratta di approvare o meno un dato comportamento, ma è mettersi accanto alla persona con rispetto, ridonandole speranza ed accompagnandola nella ricerca di un progetto per il suo futuro (Pilotto F., Alberti I., 2002).

I tre principali obiettivi della R.d.D. definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Aa.Vv., *Linee guida sulla riduzione del danno*, 2000), distinti tra loro e riferiti a esperienze, valori e

atteggiamenti sociali differenti, sono complementari consentendo e richiedendo la loro coesistenza in un'unica azione mentre condizione necessaria diventa la costituzione di una rete di servizi ben strutturata.

- Tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente. L'intento è di contenere i problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza in particolare ridurre la mortalità e le patologie correlate all'abuso di droghe mediante un sostegno terapeutico, sia preventivo che curativo; si vogliono limitare gli effetti negativi del consumo di droga sull'organismo del tossicodipendente, sul suo equilibrio psichico e sul suo adattamento sociale.
- Difesa sociale. Obiettivo orientato all'esigenza del sistema sociale di arginare gli effetti che il consumo di droga esercita sulla vita e sul tessuto sociale in rapporto alla salute e all'ordine pubblico. Si tratta di contenere la diffusione di patologie infettive, di lotta alla micro-criminalità, di stimolare la riflessione e l'intervento della comunità per prevenire intolleranza ed emarginazione.
- Accoglienza indirizzata al recupero. Viene privilegiata l'accoglienza cioè il tentativo di offrire al tossicodipendente un luogo relazionale in cui possa riscoprire la propria identità, sperimentare e condividere relazioni affettive e l'autentica solidarietà disinteressata da parte di altre persone facilitando la maturazione di processi di cambiamento nell'uso di sostanze e nello stile di vita.

Per la sua particolare funzione, la R.d.D. prospetta per i problemi degli utenti, soluzioni semplici e di immediata percorribilità, servendosi di tutti i mezzi utili (farmacologici, psicologici, logistici, ecc.), per facilitare un contatto veloce e il più possibile precoce con il tossicodipendente, con lo scopo di instaurare rapporti con una minima probabilità di mantenersi nel tempo mirando a ridurre i rischi e a migliorare la qualità di vita del soggetto.

La modalità più idonea e privilegiata per il conseguimento dei suoi obiettivi è il lavoro di strada con la metodologia che gli è propria: *interventi di comunità* caratterizzati da un'operatività che si realizza non in ambito terapeutico e istituzionale, ma nell'ambito della quotidianità, delle relazioni sociali ed interpersonali dei consumatori nei luoghi da loro frequentati; *interventi a bassa soglia* che rinunciano a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi (residenza, nazionalità, patto terapeutico...); *relazioni a legame debole* caratterizzate dall'instaurare con i pazienti relazioni non giudicanti, non normative ma flessibili, rispettose dei diritti dell'anonimato e della segretezza, un legame che privilegia la negoziazione degli obiettivi, un'alleanza comunicativa tra operatore e cliente (Ranci D., 2001). *Attenzione alla dimensione gruppe*: un lavoro di prevenzione ed educazione alla salute che privilegia l'avvio di meccanismi autoregolativi attuati dagli stessi attori e finalizzati al cambiamento delle subculture dei gruppi, quindi supporto ed educazione tra pari, utilizzo di operatori grezzi (Pilotto F., Alberti I., 2002).

* *Educatrice professionale, Treviso.*

** *Dirigente psicologo, responsabile UO prevenzione, Dipartimento Dipendenze, ASL Bergamo.*

La Riduzione del Danno al Ser.T. 1, ASL di Bergamo

Gli antecedenti storici all'attuale attività di riduzione del danno a Bergamo risalgono al 1990, ed anche precedentemente se intendiamo, ad esempio, in tal senso la conduzione di trattamenti metadonici ad alto dosaggio anche per il perseguimento di obiettivi parziali e realistici (diminuzione dell'uso di sostanze, della prostituzione, dei contagi). Trovano effettiva realizzazione solo nel 1998 quando il contesto socio-culturale, la maggior diffusione della filosofia e delle pratiche della R.d.D., un'utenza che sempre più difficilmente rispetta obiettivi di astinenza, creano condizioni più idonee all'avvio di un Progetto di Unità Mobile. Il servizio è attualmente erogato in forma integrata pubblico-privato: ASL 1, Cooperativa Sociale Bessimo, Istituto Bonomelli (Colleoni P., 2003).

L'Unità di Strada, un camper attrezzato in modo idoneo al servizio, svolge due principali funzioni diversificate per obiettivi, target, tipologia di intervento.

- Somministrazione di metadone per fornire un servizio di sostegno farmacologico a quelle persone che non sono in grado di interrompere l'uso di eroina e che non vogliono o riescono a sostenere programmi terapeutici di cambiamento. Può rappresentare l'unica possibilità terapeutica richiesta ed accettata dall'utente e l'unico terreno su cui stabilire un'alleanza per poter elaborare nel tempo altre possibilità.
- Attività educativa di strada per mettere in campo azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie e delle complicanze sanitarie collegate all'utilizzo di droghe e delle overdose, avvicinare il Ser.T. alla strada, agganciare utenti non conosciuti o persi di vista, il cosiddetto sommerso. L'educatore in strada osserva i comportamenti dei soggetti e le dinamiche del loro ambiente, si relaziona con loro in modo diretto e dialogico, valuta i loro bisogni e risorse, valorizza la rete di opportunità disponibili.

Gli operatori impegnati nell'unità di strada sono Educatori ed Infermieri Professionali che erogano prestazioni che comprendono: *la distribuzione di materiale di profilassi* come siringhe sterili con la possibilità di scambiare quelle usate, distribuzione di fiale di acqua distillata e fazzoletti disinfettanti, distribuzione di profilattici e di fiale di Narcan (farmaco contro l'overdose); *la distribuzione di materiale informativo* sulle sostanze, sulla riduzione dei rischi, sull'overdose, sull'HIV, sulle epatiti e malattie sessualmente trasmissibili; *consulenza e informazione sanitaria*, prima valutazione su problemi sanitari, invio alle strutture idonee, educazione sanitaria; *aggancio e costruzione di relazioni*, punto di riferimento quotidiano, sostegno, accompagnamento, consulenza su problematiche sociali; *somministrazione di metadone*.

Riduzione del Danno: una ricerca

Quanto detto finora definisce e descrive in breve cosa si intende con Riduzione del Danno. La ricerca (Cavarzan B., 2005) di seguito presentata vuole offrire una fotografia, con una messa a fuoco più diretta e mirata, sulle persone che sono coinvolte al Servizio di Riduzione del Danno di Bergamo per rendere possibile una comprensione più reale, approfondita e concreta di come la R.d.D. opera nel territorio perseguendo gli obiettivi che le sono propri.

La ricerca si pone come obiettivo generale di capire quanto siano soddisfatti gli utenti dell'unità mobile del servizio e delle attività che vengono loro offerte e quanto siano soddisfatti gli

operatori stessi (gli educatori in particolare) dell'attività che svolgono. La ricerca si è sviluppata quindi in due differenti diramazioni: utenti ed educatori.

L'indagine di cui sono stati oggetto gli utenti si è avvalsa di questionari anonimi con domande a scelta multipla e domande aperte somministrate da un intervistatore a tutta l'utenza del servizio in un determinato arco di tempo. Gli educatori sono stati sottoposti ad un'intervista.

Gli utenti¹

Chi sono

I dati anagrafici raccolti rilevano una netta maggioranza di maschi, 76,6%, con un'età che va dai 23 ai 54 anni, una media di 36 anni. Sono per la maggior parte di cittadinanza italiana, il 12% sono stranieri, e per il 54,4% celibi/nubili, con una buona percentuale di senza fissa dimora, il 30% della popolazione complessiva, il 59% delle donne. Il 5% degli intervistati vivono in strutture pubbliche facendo riferimento soprattutto alla Caritas non solo per alloggi ma anche per servizi mensa e doccia.

Che sostanze utilizzano

La tabella 1 rileva che l'eroina è la sostanza preferita dagli utenti dell'unità mobile. Seguono tutte le altre sostanze che nella maggior parte dei casi sono utilizzate in combinazione tra di loro dimostrando la tendenza quindi per il poli-consumo di sostanze del campione che utilizza l'eroina combinata con la cocaina, eroina con tutte le sostanze, eroina con cocaina e alcol, poi eroina combinata con psicofarmaci e cannabis.

Il tempo d'uso rispetto alle sostanze maggiormente utilizzate dal campione preso in esame, eroina, cocaina, alcol, è superiore ai 5 anni per buona parte del campione, valore indicativo del fatto che gli utenti dell'unità mobile sono consumatori già da lungo tempo in particolare di eroina a cui poi nel tempo hanno associato altre sostanze. La frequenza è in prevalenza quotidiana per eroina e alcol, settimanale per la cocaina.

Il 40,5 % degli intervistati indica stabilità nel consumo di sostanze, poco meno ha un consumo in diminuzione, per l'11% il consumo è in aumento. Sono in trattamento metadonico il 71,4% del campione di riferimento contro il 19,9% che invece dichiara di non esserlo.

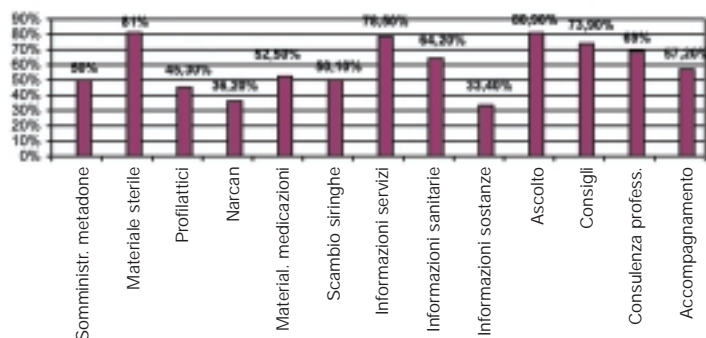
Tab. 1

Sostanze	Consumi		
	Maschi (%)	Femmine (%)	M+F (%)
Eroina	18,75	10,00	16,69
Eroina e cocaina	9,37	20,00	11,90
Alcol	9,37	10,00	9,49
Tutte le sostanze	6,25	20,00	9,49
Cocaina	9,37	0,00	7,10
Eroina, cocaina, alcol	9,37	0,00	7,10
Cocaina, alcol	3,12	10,00	4,80
Eroina, cocaina, cannabis	6,25	0,00	4,80
Cannabis	3,13	0,00	2,39
Eroina, cocaina, psicofarmaci	3,13	0,00	2,39
Eroina, psicofarmaci	3,13	0,00	2,39
Eroina, alcol, psicofarmaci	3,13	0,00	2,39
Eroina, cannabis, alcol	3,13	0,00	2,39
Eroina, cannabis	3,13	0,00	2,39
Missing	9,37	30,00	14,29
Totale	100,00	100,00	100,00

Come si rapportano al Servizio

Il 32% degli intervistati si rivolge all'Unità Mobile da più di tre anni con una frequenza giornaliera nell'81% dei casi. I servizi offerti dall'Unità Mobile più utilizzati, rappresentati in tabella con una variazione dei valori tra l'80,9% e il 52,5%, sono nell'ordine: distribuzione di materiale sterile, ascolto, informazioni sui servizi, richiesta di consigli, consulenza professionale, informazioni sanitarie, accompagnamento ai servizi. Servizi come la fornitura di materiale per medicazioni, scambio di siringhe, somministrazione di metadone, fornitura di profilattici e Narcan, sono utilizzati da una percentuale di utenti che varia tra il 52,5% e il 33,4% (tab. 2).

Tab. 2 - I servizi più utilizzati



I servizi più graditi sono quindi quelli relativi ad una dimensione di ascolto, informativa e di accompagnamento anche se il primo posto spetta al materiale di profilassi, mentre la stessa somministrazione di metadone è considerata di secondaria importanza.

La tabella 3, rappresentativa del grado di soddisfazione per i servizi e le attività dell'unità mobile, indica una tendenza generale a valutazioni positive, solo una minoranza si esprime negativamente. Per quanto riguarda l'area dei materiali resi disponibili (rosa), le percentuali più alte mostrano una popolazione soddisfatta dei servizi, soprattutto per il materiale sterile (52,4%), per i profilattici (31%), per il materiale per medicazioni (28,6%). Nell'area delle informazioni (verde), i valori più alti sono quelli della soddisfazione soprattutto rispetto alle informazioni sui servizi presenti nel territorio (35,7%) e in misura lievemente minore per le informazioni sanitarie (33,3%). Nell'area della dimensione relazionale (azzurro), i valori più alti, dal 48,2% al 35,7%, indi-

cano ancora la soddisfazione di buona parte della popolazione che cerca ascolto e consigli, consulenza e accompagnamento. Nella voce *ascolto* si rilevano le percentuali più alte anche nella categoria del molto soddisfatto (19%), superate solo dalle informazioni sui servizi (24%).

Per quanto riguarda il rapporto con gli operatori, il 69% degli utenti si trova molto bene mentre limitati sono i riscontri negativi; il 50% trova gli operatori sempre disponibili mentre dell'altra metà il 15% trova la disponibilità limitata, il resto da un riscontro comunque positivo. Il livello di soddisfazione per la professionalità degli operatori mostra alte percentuali nelle categorie maggiormente positive, 28% molto soddisfatto, 26% moltissimo, 33% abbastanza soddisfatto, il 7% esprime bassa soddisfazione.

Gli educatori

Gli educatori impegnati nell'Unità Mobile sono sette con un'esperienza in questo ambito che va da un minimo di due a un massimo di cinque anni, due sono in servizio solo da qualche mese.

Rispetto agli obiettivi della Riduzione del Danno, gli educatori attribuiscono prioritaria importanza alla funzione informativa e di indirizzo verso le strutture del territorio più adeguate per rispondere ai bisogni degli utenti, il lavoro di rete, e la cura della persona, abituarla ad aver cura di sé e della propria salute, per dare speranze di vita e stimolare un maggiore attaccamento della persona alla vita. Obiettivo importante è anche quello del primo aggancio con nuovi utenti, con il sommerso, per poter dare sollievo immediato alla sofferenza fisica e psicologica connessa all'uso di sostanze mirando ad un uso meno frequente. La mediazione, l'ascolto, l'accompagnamento, il sostegno psicologico sono considerati, in seconda battuta, di particolare importanza presupponendo anche il raggiungimento di una relazione con l'utenza: relazione intesa come *maternage* che consenta cura, un'attenzione che faccia sentire la persona non emarginata ma appartenente ad una comunità e, su questa base, sensibilizzarla ad un'attenzione per la comunità stessa.

Gli obiettivi che si stanno effettivamente raggiungendo sono l'invio ai servizi, la relazione che si instaura con l'utenza così come il conforto, la mediazione, l'accompagnamento. Quelli più difficilmente raggiungibili sono legati alla vita di strada che conducono gli utenti, la possibilità di toglierli da questa situazione e il raggiungimento dell'astinenza dalle sostanze. Si segnala anche la difficoltà nell'aumentare l'attenzione e la cura di sé, il lavoro di rete e il reinserimento sociale.

Tab. 3 - Grado di soddisfazione per i servizi e le attività dell'unità mobile (espresso in valore percentuale)

Servizi e attività	No uso	Per niente	Poco	Abbastanza	Soddisfatto	Molto sodd.	Missing
Somministrazione metadone	40,50		4,80	7,10	23,80	14,30	9,50
Materiale sterile	11,90		4,80	11,90	52,40	11,90	7,10
Profilattici	45,20		2,40	4,80	31,00	7,10	9,50
Narcan	52,40			9,00	19,60	7,10	11,90
Materiale per medicazioni	35,70	2,40	11,90	4,80	28,60	4,80	11,80
Scambio siringhe	42,90	2,40	2,40	4,80	26,20	14,30	7,00
Informazioni servizi	9,50	2,40	9,50	7,10	35,70	23,80	11,90
Informazioni sanitarie	23,80	2,40	9,50	7,10	33,30	11,90	11,90
Informazioni sostanze	54,80		4,80	2,40	21,40	4,70	11,90
Ascolto	9,50	4,80	2,40	9,50	45,20	19,00	9,50
Consigli	19,00	2,40	2,40	14,30	40,50	14,30	7,10
Consulenza professionale	23,80	4,80	7,10	7,10	38,10	11,90	7,10
Accompagnamento	33,30	4,80		4,80	35,70	11,90	9,50

Motivi di gratificazione professionale degli educatori sono individuati nel miglioramento delle condizioni di salute degli utenti a cui si danno risposte concrete a problemi e bisogni, nel contatto umano e nella relazione che si instaura, nel realizzare efficaci invii ai servizi senza ostacoli di natura burocratica, sentirsi sostenuti dall'equipe del servizio.

Senso di frustrazione è segnalato rispetto all'aggravamento, alla siero-conversione degli utenti, rispetto alle difficoltà del lavoro in equipe, alla collaborazione, comprensione e condivisione reciproca tra gli operatori.

Gli educatori danno alcune indicazioni su ciò che potrebbe favorire il raggiungimento degli obiettivi della R.d.D.: la possibilità di fornire un servizio di drop-in (a bassa soglia), in idonea sede per rispondere alle esigenze degli utenti e avviare gruppi di auto-aiuto, attività lavorative, un accompagnamento ai servizi più importante, un maggiore riconoscimento e valorizzazione dell'operato del servizio dell'Unità Mobile.

Le difficoltà maggiormente riscontrate dagli educatori si riferiscono proprio alla scarsa visibilità e riconoscimento sociale del servizio con la conseguente mancanza di alleanze e sostegni. Si percepisce la tendenza ad una medicalizzazione degli interventi con minor possibilità di attuazione data ad interventi di natura educativa e relazionale mentre gli educatori considerano importante puntare su un contatto personale con l'utenza, sull'accompagnamento della persona, sull'intervento individualizzato e personalizzato.

Le politiche di riduzione del danno, segnalano gli educatori, stanno attraversando una fase critica: riuscire a mettere in campo azioni di speranza necessita di una pluralità di interventi, non solo un approccio pragmatico e solidaristico; attualmente si danno poche possibilità e opportunità di uscita dall'emarginazione.

La ricerca qui presentata sinteticamente, ha voluto fornire un quadro generale dell'utenza dell'unità mobile e del consumo di sostanze della stessa, offrendo anche una lettura dei bisogni e delle domande che pone, della soddisfazione riscontrata rispetto alle risposte del servizio, del vissuto degli educatori. Confrontando i dati dei due soggetti presi in considerazione nella ricerca, si nota che se gli utenti cercano e apprezzano in modo particolare la disponibilità dei materiali offerti dall'unità mobile, importanza peculiare è data anche alla dimensione relazionale e al lavoro di rete degli educatori. Gli educatori pur essendo consapevoli di essere cercati per alcuni aspetti della dimensione relazionale come consigli, consulenze, accompagnamento, non riconoscono o comunque sottovalutano l'importanza che gli utenti attribuiscono alla specifico aspetto dell'ascolto.

Gli educatori pongono un accento di particolare forza, per importanza ed interesse, alla cura della persona, alla relazione, al lavoro di rete, ma anche al ruolo e alle finalità dell'equipe di settore, (composta da tutti gli operatori operanti nel servizio), temi centrali attorno a cui ruota tutto il loro impegno ed attività professionale ed i loro motivi di gratificazione e frustrazione. Relazione personale, contatto umano, intervento personalizzato, collegamento ai servizi, riconoscimento istituzionale, visibilità, alleanze e sostegni, sono le parole chiave su cui più di frequente il vissuto degli educatori si esprime.

Osservazioni sulla riduzione del danno

Perché l'attività di riduzione del danno possa trovare un sostegno allargato, possa crescere e trovare mezzi e strumenti più adeguati al fine del raggiungimento degli obiettivi di cui si è fatta garante, è necessaria da parte degli operatori e dei servizi, un'azione mirata sulle culture della cittadinanza e sui processi di mediazione, azioni mirate in particolare contro la cultura della tolleranza zero e dell'assistenzialismo e che favoriscano invece processi di

mediazione sociale ed educativa. (Coordinamento dei Servizi a Bassa Soglia del Piemonte, 2002). Il servizio di Riduzione del Danno può essere un luogo ponte tra normalità e devianza che ne facilita una convivenza civile fatta anche di disponibilità emotiva a mettersi in contatto con le fatiche e le fragilità umane che nelle sostanze cercano illusioni di riscatto e di benessere.

Ringraziamenti

Si ringrazia per la disponibilità:

- il Gruppo di lavoro del Servizio dell'Unità Mobile che ha collaborato alla realizzazione della ricerca: M. Bosisio, E. Maino, M. Dotti, M. Del Vecchio, S. Rizzi, P. Colombo, C. Pellegrino, I. La Cioppa;
- il Dipartimento delle Dipendenze: L. Tidone, P. Colleoni.

Nota

1. Per notizie più specifiche e dettagliate sui numeri annuali dell'attività (contatti, trattamenti metadonici, siringhe...): Dipartimento delle dipendenze, Ser.T. 1 ASL di Bergamo, www.aslbergamo.it, osservatorio.dipendenze@asl.bergamo.it.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 1995, *Il lavoro di strada. Prevenzione del disagio, delle dipendenze, dell'AIDS*, Edizioni Gruppo Abele.
- Aa.Vv., 1998, *Indipendenze. Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti a rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*.
- Aa.Vv., 1999, *Progetto unità mobile*, Milano, LILA.
- Aa.Vv., 2000, *Educare con l'essere, Esperienze di prevenzione nella ULSS di Carate Brianza*, Cooperativa "Umana Avventura - Cremona".
- Aa.Vv., 1999, *Strade facendo. Linee di intervento e valutazione delle esperienze con operatori di strada*, emme&erre libri.
- Bailey D.K., 1991, *Metodi della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- Bimbo A., 1997, *Emanciparsi dalle dipendenze. Strategie d'intervento per operatori ed educatori*, FrancoAngeli, Milano.
- Cavarzan B., 2005, *Tossicodipendenza e Riduzione del Danno: Una ricerca al Ser.T. di Bergamo*, Tesi di Laurea, Corso di Laurea in Educatore Professionale nelle Strutture Sociali, Sanitarie, Culturali e Ambientali, Università degli Studi di Padova, A.A. 2005-2006, Relatore Prof. Andrea Noventa.
- Colleoni P., 2003, *Attività di riduzione del danno attraverso unità mobile, Protocollo unità mobile*, ASL di Bergamo, Dipartimento delle Dipendenze, www.aslbergamo.it.
- Colombo L., 2004, *Il lavoro dell'educatore itinerante, Animazione Sociale*, n. 10, Gruppo Abele, Torino.
- Consiglio dell'Unione Europea, 2003, *Raccomandazione del consiglio dei ministri sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza*, *Gazzetta ufficiale dell'unione europea*, Lussemburgo.
- Groppo M., Scaratti G., Tomisich M., 1993, *L'educatore professionale nei servizi per le tossicodipendenze*, FrancoAngeli, Milano.
- Grosso L., 2004, "Droghe: L'evoluzione dei fenomeni e dei trattamenti", *Animazione Sociale*, n. 5, Gruppo Abele, Torino.
- Guaita F., Maurizio R., 1994, "Il lavoro di strada", *Animazione Sociale*, n. 11, Gruppo Abele, Torino.
- Guelfi G., 1998, "La qualità della vita, punto rilevante nella relazione con il tossicodipendente", *Medicina delle tossicodipendenze*, n. 4, ASID.
- Maurizio R., 1996, "L'educatore professionale", *Animazione Sociale*, n. 8/9, Torino.
- Ministero della sanità, 1993, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 5-6, Roma.
- Ministero della sanità, 1994, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 2, Roma.
- Ministero della sanità, 2000, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 2, Roma.
- Ministero della sanità, 2000, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 3, Roma.
- Molinatto P., 2002, "I servizi a bassa soglia al crocevia di una filosofia del lavoro sociale", *Animazione Sociale*, n. 1, Gruppo Abele, Torino.
- O'Hare P.A., Newcombe R., Matthews A., Buning E.C., Drucker E., 1992, *La riduzione del danno*, Gruppo Abele, Torino.
- OEDT - Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2004, *Relazione annuale 2004: evoluzione del fenomeno della droga e della tossicodipendenza nell'Unione Europea ed in Norvegia*, Lussemburgo (www.emsdda.eu.int).

Pandin M., 2001, "La riduzione del danno vista dalla pubblica opinione", *Animazione Sociale*, n. 4, Gruppo Abele, Torino.

Pilotto F., Alberti I., 2002, "Questioni etiche della riduzione del danno in tossicodipendenza", *Difesa sociale*, n. 1, Istituto italiano di medicina sociale, Roma.

Pinkus L., 1999, *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Erickson, Trento.

Pipino L., Sorgi C., 2000, *Primo non nuocere: Politiche e pratiche di riduzione del danno*, Gruppo Abele, Torino.

Posarelli D., 1997, "Centri di accoglienza a bassa soglia: i cambiamenti di rotta nelle tossicodipendenze", *Il seme e l'albero*, n. 12, Firenze.

Ranci D., 2001, "La relazione a legame debole", *Prospettive sociali*, n. 4, Irs, Milano.

Ranci D., 2001, "Riduzione del danno e Relazione a legame debole: l'unità di strada", *Prospettive Sociali*, n. 16, Irs, Milano.

Ranci D., 2003, "Legami deboli", *Animazione Sociale*, n. 1, Gruppo Abele, Torino.

Sartoretto W., 1995, *L'educatore tra ricerca e provocazione con chi è in difficoltà*, 1995, *Animazione sociale*, n. 10, Gruppo Abele, Torino.

Scano Angelo, 1999, "Le strategie di intervento a bassa soglia: un approccio che arriva da lontano", *Dal dire al fare*, n. 1, Publiedit, Cuneo.

Zuffa G., 2001, *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Sellerio, Palermo.

www.asl.bergamo.it 13-12-2004

www.centrostudi.gruppabele.org 08-03-2005

www.europarl.eu.int 17-04-2004

www.fuoriluogo.it 16-02-2005

www.gruppabele.org 22-04-2005

www.ise-europa.it 07-02-2005

www.lilacidius.it 10-03-2005

www.provincia.torino.it 10-03-2005

www.regione.emilia-romagna.it 03-02-2005

www.sert.it 10-02-2005

NOTIZIE IN BREVE

Seminario Europeo Mobbing and substances dependence at the workplace 11 e 12 maggio 2006 - Ontinyent (Valencia, Spain)



Si è tenuta ad Ontinyent l'annuale euroconferenza di Euridice Network. L'argomento all'ordine del giorno è stato quello del mobbing e dell'abuso di sostanze sul lavoro. Erano presenti tutti i partner del network Euridice, i rappresentanti di alcune organizzazioni internazionali, le autorità locali e regionali di Valencia, i rappresentanti del governo centrale di Madrid. Al termine dei lavori è stata approvata la seguente risoluzione sulla violenza psicologica e l'abuso di sostanze sul lavoro, incluso il mobbing, il bullying e le molestie morali.

Premessa

Il consumo di droghe come conseguenza delle condizioni di lavoro è un fenomeno in aumento nei paesi dell'Unione Europea. Accanto alle droghe tradizionali legali ed illegali sono consumate nuove droghe sintetiche come ecstasy e crack. Questo fenomeno è un problema serio ed ha conseguenze negative sia per la qualità della vita dei lavoratori che per la loro efficienza lavorativa. Esso produce perdita di giornate lavorative, aumento di infortuni e di assenteismo, richieste eccessive di trattamenti riabilitativi, riduzione della solidarietà, della cooperazione e del reciproco aiuto tra i lavoratori. Conseguentemente, questo fenomeno si riflette su tutti i costi dell'impresa ed è considerato un fattore di rischio per un ambiente di lavoro sano e sicuro. È quindi importante che le imprese abbiano una politica scritta sulla prevenzione del disagio psicosociale connesso all'organizzazione del lavoro con particolare riferimento alla violenza psicologica ed alle dipendenze patologiche da sostanze nei luoghi di lavoro.

Assunti strategici

Osservato che le sostanze psicoattive sono spesso utilizzate per ridurre gli effetti negativi dello stress.

Considerato che stress e violenza psicologica, infatti, sono le condizioni di lavoro che facilitano la diffusione di questo fenomeno, soprattutto nelle PMI che non hanno politiche scritte per contrastare e prevenire questo problema.

Tenuto conto che anche le grandi imprese non sono esenti ed immuni da questo fenomeno.

Valutato che questi problemi psicosociali sono aggravati da particolari forme di occupazione basate su precarietà e bassi salari che rendono più vulnerabili i giovani lavoratori, quelli cioè che per la prima volta entrano nel mondo del lavoro.

Rilevato che esistono, quindi, nel mondo del lavoro nuovi rischi psicosociali che generano nuove domande di salute e di sicurezza.

Sottolineato che uno di questi nuovi rischi è la violenza psicologica. Essa è distruttiva per il benessere psico-fisico dei lavoratori e può spingere, chi ne è colpito, ad un abuso di sostanze stupefacenti.

Rilevato, anche, che la violenza psicologica e l'abuso di sostanze hanno un impatto sulla differenza di genere.

Identificato che per soddisfare queste nuove domande di salute e di sicurezza è necessario progettare piani di azione specifici su dipendenza da sostanze e violenza psicologica sul lavoro.

Osservato che ancora non esistono in molti stati dell'Unione Europea leggi nazionali per contrastare la violenza psicologica sul lavoro e ridurre le sue conseguenze negative per l'individuo, il contesto, la società.

Tenuto conto anche della carenza di studi e di ricerche che mettono in evidenza il nesso causale tra le condizioni distruttive della violenza psicologica ed il consumo di droghe legali ed illegali in modo da costruire linee-guida di comportamento preventivo e manuali di buona prassi.

Sulla base di quanto detto sopra e delle prospettive strategiche tracciate, questo seminario europeo propone che:

- a) La Commissione Europea deve dare rilevanza, nei propri programmi di azione annuali, al fenomeno della violenza psicologica, dipendenza da sostanze e disagio psicosociale nel mondo del lavoro, destinando risorse per questo proposito.
- b) I governi nazionali devono promulgare leggi in materia di prevenzione e riduzione della violenza psicologica sul lavoro e prevedere apposite azioni di tutela dei diritti di chi è colpito da questa forma di maltrattamento.
- c) Le autorità locali devono attivare iniziative di monitoraggio del fenomeno, allestire primi interventi preventivi e formulare programmi di sostegno e di aiuto rivolto a chi ne è colpito.
- d) Le autorità locali devono promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sulla violenza psicologica sul lavoro rivolte ai lavoratori, ai manager, ai delegati e funzionari sindacali con l'obiettivo di aumentare la loro conoscenza, la loro competenza e le loro capacità di contrastare il fenomeno.
- e) Le parti sociali devono prevedere appositi programmi di azioni sulla violenza psicologica e le dipendenze da sostanze nei loro contratti collettivi di lavoro. L'attenzione deve essere posta più sulla prevenzione che sulla riabilitazione.

Sulla base di queste raccomandazioni Euridice Network avanzerà alla European Commission un primo Joint Programme per lo studio nazionale di casi su violenza psicologica e abuso di sostanze sul lavoro, in modo che possa essere creato un archivio europeo delle esperienze più significative di intervento sulla violenza psicologica e le dipendenze da sostanze sul lavoro.

Questo archivio europeo funzionerà come generatore di programmi di prevenzione, di formazione e di aiuto valutabili e trasferibili.

Riabilitazione Alcolologica

Il modello della "piacevolezza esperienziale" Ospedale S. Marta - Rivolta d'Adda. Dalle premesse generali all'attuale strutturazione

Giorgio Cerizza, Elena Battistini**, Paola Rapuzzi**, Paola Ranalletti°*

Alcolismo: i principali modelli interpretativi

Il trattamento dell'alcolismo ha risentito in passato e risente tutt'oggi dell'approccio teorico, ossia degli elementi interpretativi utilizzati.

Il primo modello interpretativo con dignità scientifica è senz'altro quello "**biologico-organicistico**" che considera l'alcol dipendenza come una malattia organica su base ereditaria o con forte familiarità di tipo biologico.

Con queste premesse teoriche il trattamento conseguente consisteva nel fornire adeguate terapie alle patologie organiche, senza intervenire sui comportamenti e sulle scelte di vita dei portatori delle patologie. Trovavano giustificazione in ciò ricoveri ospedalieri per le complicanze organiche o mentali legate all'utilizzo di alcol. Questa tipologia di intervento mise presto in evidenza la sua parzialità, se non la sua inutilità. Rimaneva infatti non trattato il disagio relazionale, familiare e l'aspetto della dipendenza. Il modello di "**alcolismo come malattia**" è stato assorbito da Alcolisti Anonimi (Associazione nata nel 1935 in America), che per prima ha attuato un approccio volto a favorire il cambiamento del comportamento verso l'alcol in chi ha sviluppato una dipendenza.

Partire dal concetto di Alcolismo come malattia, motivo per cui l'alcolista è impotente e decide di non bere più, serve ad AA per occuparsi del disagio esistenziale dell'alcolista proponendo come esperienza cardine quella del gruppo. Il modello valorizza lo scambio di esperienze diverse, l'incontro di persone che condividono gli stessi problemi. Nei gruppi di AA (ci sono gruppi per alcolisti e gruppi per i familiari che si riuniscono per lo più separatamente, salvo alcuni incontri) non c'è nessun operatore, si tiene l'anonimato, il gruppo ha anche valenza sociale.

Il modello che si è affermato successivamente ritiene l'**alcolismo** una **disfunzione delle relazioni familiari** con implicazioni non solo sullo stato di salute dell'alcolista, ma anche sulle dinamiche psicologiche e sociali dei componenti il nucleo familiare. Questo modello si riferisce in parte alla teoria sistemica. Esso considera i processi patologici frutto di uno squilibrio nei meccanismi omeostatici dell'organismo, inteso non solo nella sua accezione biologica, ma anche come insieme di sistemi psicologici e sociali. Il trattamento derivante da questo modello è orientato all'integrazione degli interventi medici psicologici e sociali (modello bio-psico-sociale).

Evoluzione di questo è il modello di **alcolismo inteso come comportamento** o "stile di vita" non più riferibile al solo nucleo familiare dell'alcolista, ma all'intera Comunità territoriale. Il trattamento prevede l'utilizzazione del **modello ecologico**, ossia un

intervento complesso finalizzato a modificare le abitudini di una intera collettività territoriale. Questi concetti trovano espressione nella pratica nell'attività dei gruppi CAT (club alcolisti in trattamento) che si rifanno alla "metodologia Hudolin".

Approccio psicoterapico: scuole a confronto

Entrando più nel dettaglio dei diversi orientamenti psicoterapici, troviamo impianti teorici che forniscono coordinate entro cui muoversi nell'affrontare problemi che interessano la psiche, i problemi esistenziali, lo stato di salute dell'intera persona e del suo ambiente, un bagaglio utile, cui attingere in modo flessibile, ma che non ci fornisce una chiave di lettura specifica per l'alcolismo a sostegno di un intervento riabilitativo altrettanto specifico. Perciò, dopo aver fatto una breve sintesi dei vari approcci, cerchiamo di delineare il nostro modello interpretativo, nato dall'esperienza e da riflessioni, via, via maturate nel tempo, che sottende il nostro intervento riabilitativo.

L'approccio psicodinamico è basato sull'assunto che eventi significativi e conflitti antecedenti contribuiscano all'insorgenza del comportamento d'abuso e che l'abuso stesso provochi conflitti psicologici. L'insight e la consapevolezza della relazione tra conflitti intrapsichici e comportamenti attuali possono, di per sé, modificare il comportamento presente e futuro.

L'approccio comportamentale colloca l'agente causale del cambiamento nell'ambiente globale. Fondante è il paradigma dell'apprendimento sociale, focalizzato soprattutto sui modi in cui le reciproche interazioni del presente possono venire meno e rinforzare l'uso di sostanze. Ciò che viene preso in considerazione è il passato esterno, ambientale, non quello interno. Vari fattori ambientali interagiscono con il comportamento piuttosto che causarlo direttamente.

Il modello della terapia cognitiva prende in esame il ruolo delle cognizioni maladattative nel mantenimento dell'abuso di sostanze. In base a questo modello, le cognizioni distorte non hanno un ruolo causale nell'insorgenza del disturbo (il quale viene attribuito ad una serie di fattori interni ed esterni) quanto piuttosto la funzione di mantenerlo ed esacerbarlo. Tuttavia, per superare il problema dell'abuso di sostanze, può risultare utile un'analisi ed una modificazione di tali cognizioni.

Una variante della Terapia comportamentale: **REBT (approccio razionale-emotivo-comportamentale)** prende in esame il ruolo di una disfunzione emozionale nei problemi psicologici e comportamentali (tra cui l'abuso di sostanze). Questo modello opera uno sganciamento-separazione tra conseguenze ed eventi precedenti. Esso considera le conseguenze come originate dal sistema di credenze. La REBT tenta di aumentare la tolleranza alla frustrazione e ai pensieri catastrofici.

L'approccio olistico, centrato sul cliente, punta sul raggiungimento di obiettivi a breve e lungo termine, obiettivi scelti dal

* *Psichiatra responsabile*, ** *Medici*, ° *Educatrice professionale Ospedale Santa Marta, Rivolta d'Adda, Azienda Ospedaliera di Crema (Cremona)*.

cliente. Il terapeuta aiuterebbe a decidere verso quali obiettivi lavorare, tra questi potrebbe anche non essere compreso il raggiungimento dell'astinenza completa dalla sostanza.

La terapia della famiglia considera l'alcolismo come una malattia familiare in quanto l'alcolismo di un membro della famiglia influenza potentemente gli altri membri familiari. D'altro canto, inconsapevolmente, gli altri membri della famiglia giocano spesso un ruolo importante nel bere dell'alcolista. La famiglia, considerata un sistema, tende a mantenere il suo equilibrio, sia sano che malato; la teoria dei sistemi ipotizza che l'inerzia fa sì che ogni sistema familiare resista ad un cambiamento. Questo modello interpretativo è stato applicato alla famiglia dell'alcolista ed ha evidenziato una sua utilità nel seguire il profondo cambiamento costituito dalla sobrietà di un alcolista.

L'approccio basato sul **rinforzo di comunità** combina interventi tratti da vari modelli come quello dei sistemi comportamentali, della terapia familiare, della terapia cognitivista, con aspetti relativi alla prevenzione delle ricadute, al training occupazionale e ricreativo.

Il "modello della piacevolezza esperienziale": aspetti teorici

Pur tenendo in considerazione quanto di valido e significativo ogni Scuola propone, la nostra Storia di Servizio specifico e specialistico ci ha portato a definire un nuovo modello interpretativo che ha avuto una sua evoluzione nel tempo. Il punto di partenza è senz'altro stato quello di superare un modo settoriale, prevalentemente medico, di affrontare PPAC, e cioè di pensare all'alcol esclusivamente come presenza patogena.

Porsi invece la domanda: **"Perché l'alcol fa bene?"** può rappresentare la svolta chiave nella lettura delle situazioni problematiche che si presentano.

Nella relazione con il paziente, questa domanda talvolta spiazza l'interlocutore che per lo più è frastornato da ripetute frasi di questo tipo: "ma non vedi che ti fa male?", aiuta a non fermarsi ai luoghi comuni, che pur contengono delle verità, dà una sorta di dignità ad un comportamento spesso solo pesantemente giudicato. Spesso scaturisce un avvicinamento incoraggiante che può porre la base per il trattamento riabilitativo.

Così come ogni sintomo psichico è difesa e trappola, necessario e limitante, la presenza dell'alcol va compreso nel suo significato e nella sua finalità. Se il Valore è un senso di calore e pienezza, rimedio per inquietudine e sofferenza possiamo intuire come l'alcol sia **risposta impropria** e nello stesso tempo **portavoce del bisogno** di un caldo affetto che manca, di una carenza di autostima, di una non competenza relazionale, di una mancanza di condivisione con gli altri o di altro che si può scoprire in un autentico rapporto con l'altro. È solo partendo dall'ascolto (e non dallo scontato) di quale bisogno l'alcol è stato risposta impropria che apre la strada a nuove consapevolezza, ossia alla riabilitazione.

Come Winnicott affermava "non esiste un bambino senza una madre", e come Adler asseriva che per capire una persona è necessario vederla nel suo ambiente, così noi diciamo che non esiste un alcolista senza la sua famiglia, infatti l'alcol non ci parla solo della sofferenza di una persona, ma anche di tutti coloro che l'hanno tollerato, accettato e pagato fino alle più gravi conseguenze. Anche per loro l'alcol ha un valore, o un "vantaggio" secondario. Per ogni verità non detta c'è pronta una finzione condivisa, per ogni posto abbandonato c'è qualcuno che vi si è più o meno comodamente collocato, generando il più

totale sovvertimento dei ruoli, dietro ogni imputazione si nasconde la difesa di una "colpa" non accettata. Frequentemente si osserva nella famiglia dell'alcolista una "familiarità malata", ossia una comunicazione distorta, una assunzione di ruoli invertita, e/o rapporti funzionali al mascheramento/evitamento di profonde problematiche individuali.

Il primo passo della riabilitazione è **l'ascolto**, ascoltare veramente significa abbandonare ogni certezza perché non si sa prima dove porterà l'altro, probabilmente verso qualcosa di sconosciuto, incerto. Aprirsi alla dimensione dell'"incerto" aiuta a scorgere, dietro la sorprendente uniformità di caratteristiche cui l'alcolismo conduce nel suo esito finale, una sconcertante ed inattesa complessità. In ogni situazione si ritrova l'unicità creativa dell'individuo che scaturisce dall'incontro tra fattori personali, ambientali, familiari, sociali.

La riabilitazione alcolologica ha come strumento principe **il gruppo** e la dimensione della relazione, che necessita anche fortemente di una valenza educativa, espressione di una funzione materna e paterna.

Espressione di ciò, fin dall'inizio è stato il lavoro in equipe di operatori provenienti da diversi Servizi, con diverse professionalità. Il modello Hudoliniano è stato il modello di partenza; le ricadute, l'osservazione dei risultati, l'attenzione ad una utenza sempre più giovane, ci ha portato via, via ad aggiungere riflessioni ed autocritiche sul nostro operato e nello stesso tempo a comprendere cosa funzionava, a nostro avviso e perché.

Il legame così forte, tale da costituire una dipendenza, con la sostanza alcolica si instaura come espressione di bisogni non adeguatamente soddisfatti. Come le neuroscienze mostrano in modo sempre più evidente, la sostanza alcolica, agendo a livello dei centri correlati con il mondo emotivo e la percezione del piacere, come soddisfazione del bisogno, può facilmente costituire una risposta incongrua ai bisogni che l'individuo sente nella sua esperienza di vita.

L'esperienza con la sostanza è una esperienza che bypassa la relazione umana, ma è una esperienza di "rapporto totale", "unico" che ha a che fare col **bisogno di relazione**; bisogno che fa i conti però con una incapacità, impreparazione, paura, difesa, oppure anche opposizione (per svariati motivi) verso il bisogno stesso.

Guardare la presenza dell'alcol porta perciò a guardare il mondo relazionale dell'individuo, i modelli di attaccamento, le figure di riferimento, la famiglia, l'ambiente, i legami attuali, i bisogni insoddisfatti, le tappe di sviluppo, i compiti evolutivi, la sua storia.

Nella riabilitazione guardare coincide con operare. Conseguentemente all'analisi svolta, ci siamo accorti che serve sostituire al rapporto con la sostanza il rapporto con la persona, un rapporto non di dipendenza, non funzionale, in cui l'individuo non oscilla dalla onnipotenza alla nullità.

L'operatore "si somministra" in un rapporto umano che mostra l'altro, un interlocutore, non sempre identico a se stesso e pronto al consumo, come la sostanza, ma che interagisce, che può comprendere, che può porre limiti, che differenzia, che individua.

L'operatore può comprendere e favorire la comprensione, offrendo una comunicazione chiara, che non dà nulla per scontato, può comprendere mettendosi nei panni dell'altro, mostrando e spiegando le proprie emozioni, perciò facilitando la lettura delle emozioni.

L'individuo nella riabilitazione alcolologica, attraverso l'operatore è portato a fare i conti con la realtà (non con risposte preconfezionate) con tempi ed attese, talvolta con delusioni e rifiuti, ma anche costantemente con "qualcuno" (non qualcosa) che può

ascoltare, che può attivare una reciprocità, che noterà reazioni di cui terrà conto.

La **funzione materna e paterna** che l'operatore esprime nel rapporto con l'utente, potrà così venire interiorizzata, acquisita, o richiamata e riattivata, dall'utente ed infine essere esercitata con se stesso e con gli altri.

Nell'esperienza di gruppo, dove la sostanza non c'è più, è possibile vivere il calore della vicinanza e l'autenticità dei rapporti con gli altri, non utilizzando il sotterfugio o la complicità tossica e ciascuno può servire all'altro per comprendersi e conoscersi nelle similitudini e nelle diversità.

L'operatore come farmaco antagonista

All'operatore alcolologo, indipendentemente dallo specifico professionale, spetta un ruolo educativo; reputiamo che la funzione educativa vada intesa non solo in senso letterale, come insegnamento di comportamenti nuovi, ma anche come possibilità di far sperimentare "risposte diverse" da quelle che i nostri pazienti hanno ricevuto fino ad ora dal loro mondo familiare e relazionale.

In questo senso ciò che caratterizza il ruolo dell'educatore spetta come funzione a tutti gli operatori dell'équipe i quali hanno il compito-dovere, proprio perché estranei al gioco patologico della famiglia alcolica, di offrire una risposta nuova e come tale fautrice di un possibile cambiamento.

Il momento degenziale ospedaliero da noi proposto, permette di creare una situazione esperienziale tale da favorire l'interiorizzazione delle valenze positive di una "**famigliarità sana**".

La "legge", rappresentata da regole chiare, discutibili, ma non derogabili, la gerarchizzazione trasparente, la suddivisione dei ruoli, la responsabilizzazione del paziente, si configurano come espressione della **funzione paterna**, della sicurezza, della giustizia, del permesso-dovere alla crescita.

La **funzione materna** si esprime nei tradizionali compiti di accudimento, ma anche nell'ascolto della parola.

Grande attenzione è riservata all'ascolto interessato e non giudicante di ogni storia al fine di recuperare e rileggere i vissuti rimossi, volontariamente nascosti o mistificati.

La presenza contemporanea di tali funzioni si presta ad essere vissuta come presenza ideale, di una coppia genitoriale adeguata e positivamente interiorizzata.

Tutto ciò in linea con quella che da sempre è stata la nostra attenzione nel divenire terapeutico: cercare di fornire dei sostituti affettivi ed esistenziali alle persone che fino ad ora hanno trovato nelle sostanze e non nelle persone la risposta ai loro bisogni.

In questa luce l'operatore alcolologo può diventare un "**modulatore**" nel percorso esistenziale del paziente se mette in gioco nella relazione terapeutica una vicinanza ed un'affettività che aiutino a crescere e ad uscire da uno stato di "infantilismo relazionale". Vicinanza agita come presenza attiva, consapevole, interessata all'ascolto dell'altro ed al calore umano.

Essere vicini e caldi non significa però entrare in simbiosi con il paziente ma giocare la propria specifica competenza professionale, consci della propria specifica competenza umana.

L'operatore alcolologo, in quanto adulto che fornisce un modello accettabile di comportamento, dovrebbe coltivare le seguenti caratteristiche:

- autorevolezza (essere affidabile);
- compassione (saper partecipare alle emozioni);
- senso dello humour (capacità di sdrammatizzare);
- capacità clinica (saper integrare rapidamente l'osservazione del paziente con il proprio bagaglio di conoscenze).

Questo modello non è privo di rischi, l'operatore alcolologo deve infatti presidiare alcuni aspetti fondamentali della relazione terapeutica:

- il rischio dell'operatore di agire il proprio bisogno di dipendenza che entra in risonanza con quello del paziente (tipico delle relazioni tossiche e della coppia funzionale cui il paziente è abituato);
- il rischio dell'operatore di agire il proprio bisogno di viveri onnipotente che impone al paziente di restare piccolo (relazione genitoriale caratterizzata da una figura materna invasiva o simbiotica);
- il rischio di negare l'aggressività disconoscendo la sua naturale presenza nelle relazioni umani (narcisismo primario).

L'operatore alcolologo, parimenti a qualsiasi farmaco, deve essere somministrato individuando tempi e modalità appropriate.

Importante inoltre è sottolineare che l'operatore alcolologo è parte integrante di un'intera équipe multiprofessionale che interviene, nella propria assunzione del ruolo educativo, in modo differente ma integrato, in ogni attività riabilitativa. La discussione quotidiana dei casi e la progettazione congiunta servono come deterrente contro i rischi sopra enunciati.

Il "modello della piacevolezza esperienziale": aspetti operativi

La scelta di proporre un programma riabilitativo ospedaliero è legata sia alle caratteristiche dell'utenza che agli obiettivi terapeutici che ci poniamo. La degenza è ritenuta efficace e, a volte, indispensabile, se e in quanto in grado di fornire i seguenti vantaggi:

- possibilità di operare in un ambiente protetto rispetto la presenza della sostanza; permette la gestione dei disturbi astinenziali grazie agli interventi sia farmacologici che di sostegno psicologico; permette la messa in discussione di relazionali e situazioni ambientali spesso strettamente concorrenti nella genesi e nel mantenimento del sintomo "alcolismo";
- possibilità di affrontare la complessità delle diverse situazioni con uno strumento altrettanto complesso e articolato come la struttura ospedaliera che prevede una multidisciplinarietà espressa dal lavoro di équipe, vari punti di osservazione, varietà degli strumenti diagnostici e terapeutici...;
- possibilità di operare a diversi livelli attraverso la varietà degli stimoli, sulla scoperta e sulla valorizzazione e potenziamento delle motivazioni al cambiamento.

È necessario ricordare a proposito del lavoro motivazionale, premessa indispensabile e cuore della riabilitazione, che nella maggioranza dei casi prevede un momento di crisi profonda, spesso dirompente che interessa, se efficace, tutti i familiari coinvolti o comunque presenti. La struttura ospedaliera permette di meglio gestire questa fase per la funzione contenitiva e rassicurante che essa svolge, sia per i pazienti che per gli operatori stessi.

L'ospedale inoltre costituisce un ambiente che offre la possibilità di osservare il paziente in un contesto diverso dal suo abituale, ma in situazioni emozionali e relazionali abbastanza simili al quotidiano e soprattutto permette di vivere col paziente esperienze significative, momenti ordinari ed informali in cui l'operatore stesso, ciascun operatore nella sua funzione, è occasione trasformativa, è funzione terapeutica. Gli operatori nei momenti organizzati e nelle situazioni informali tentano di proporre una familiarità sana alternativa a quella malata frequentemente vissuta, offrendo quando necessario accogliimento, considerazione e comprensione (funzione materna) o ponendo limiti e riportando a regole necessarie o favorendo istanze di crescita e respon-

sabilità (funzione paterna). Per spiegare ciò è necessario descrivere le attività svolte e la giornata tipo, poiché è lì che si sviluppa un clima incoraggiante e una funzione educativa e terapeutica.

PROGRAMMA GIORNALIERO:

ore 7.00	Sveglia (riordino del letto, della camera, igiene personale)
ore 7.30	Riordino dei locali del Reparto
ore 8.00	Colazione insieme
ore 8.30	Attività di espressione corporea
ore 10.00-11.30	Il martedì, giovedì e sabato Gruppi MultiFamiliari (Motivazionali)
ore 10.00-11.00	Il lunedì, mercoledì, venerdì Attività di socializzazione e uscita programmata
ore 11.00	Il lunedì, mercoledì, venerdì Riunione organizzativa di gruppo
ore 12.00	Pranzo
ore 13.00	Tempo libero
ore 14.30	Il lunedì, martedì, giovedì e venerdì Psicoterapia di gruppo
ore 14.30-18.00	Il mercoledì Cineforum
ore 14.30-17.30	Il sabato Attività programmata il venerdì (uscita, spesa, giochi ecc.)
ore 15.30	Tempo libero
ore 16.30	Il lunedì, venerdì Educazione sanitaria Il martedì, giovedì Attività espressiva
ore 19.00	Cena
ore 20.00	Riordino, tempo libero

Va aggiunto per la domenica, oltre alle attività di riordino, l'uscita al mattino in paese, e l'uscita a correre, nel pomeriggio la merenda organizzata con i pazienti e i familiari presenti, per il resto tempo libero.

Il mercoledì sera uscita in piscina (di una parte del gruppo)

Il lunedì sera, una volta al mese, uscita in discoteca per una parte del gruppo, o tutto il gruppo in base alla composizione. (queste attività si sono consolidate negli ultimi anni con la notevole presenza di persone giovani fruitori del ricovero)

Questa organizzazione consente di osservare e di "vivere" il paziente in diverse condizioni e situazioni sia formali che non e di utilizzare, quali fattori diagnostici e progettuali, gli spunti e le considerazioni che emergono da questa osservazione a tutto campo e da diversificati punti di vista. Il cogliere alcuni aspetti di buon funzionamento, di capacità in una persona può essere il punto di partenza per un processo incoraggiante e per il recupero di autostima, oltre che rendere più tollerabile il mettere in discussione meccanismi poco funzionali, o distruttivi.

Il gruppo multifamiliare

Elemento caratterizzante del modello è la presa in carico della famiglia sancita nel primo colloquio che prosegue con tre incontri settimanali.

Il gruppo multifamiliare è il gruppo più caratterizzante di tutto l'intervento degenziale. La sua importanza nasce soprattutto dall'assunto che dietro il sintomo dell'alcolismo si trova la sofferenza di tutta una famiglia.

Si è scelto il termine Gruppo multifamiliare per sottolineare la dimensione terapeutica della gruppaltà e la caratterizzazione rispetto agli altri gruppi data dalla presenza essenziale dei familiari dei pazienti ricoverati. Questo gruppo è costituito dai pazienti, dai familiari (e/o persone con legami significativi), dal conduttore e da tutti i membri dell'équipe ospedaliera. Per le cose esposte fino ad ora la disponibilità dei familiari a parteci-

pare a questo tipo di gruppo è condizione e presupposto essenziale per la presa in carico di un paziente in questa forma di trattamento. Il gruppo si riunisce tre volte alla settimana senza eccezioni. In questi gruppi i familiari hanno l'opportunità di capire se esiste anche in loro un desiderio di cambiamento e quali sono gli ostacoli al suo verificarsi. Ogni familiare non può che essere presente per se stesso, spogliato di ogni veste di dubbio altruismo. Tale atteggiamento, se esiste, è il primo ad essere smascherato, in quanto ogni minuto di connivenza sarebbe la tacita accettazione del principio che esista un sano ed un malato, un santo e un demone, una vittima ed un carnefice a seconda delle categorizzazioni con cui ognuno ha cercato di rendere in qualche modo leggibile per sé e per gli altri la propria finzione. Questa opzione di trattamento incontra spesso resistenze molto forti in quanto "va contro" quelle modalità di mistificazione che la famiglia alcolica ha adottato per sopravvivere, ma può essere adottata in virtù di quella richiesta di aiuto a cambiare posta spontaneamente sia dall'alcolista che dai familiari nel primo colloquio e dell'accordo terapeutico che ne è seguito.

Lavorare "lungo" il mantenimento almeno temporaneo delle difese o "contro" le stesse dipenderà da una complessa valutazione.

Il gruppo multifamiliare è fucina di fortissime emozioni che non possono essere soffocate, pena il fallimento di ogni intervento mutativo, né lasciate esplodere senza garanzia di contenimento e risposta. Qui non si parla del padre, della figlia, del marito ecc., ma si parla con loro, con delle persone presenti le cui parole non sono solo raccontate, immaginate, come avviene nel gruppo psicoterapeutico, esse sono azione nel qui ed ora. Perciò questo gruppo necessita di una conduzione esperta e qualificata in grado di leggere e cogliere quando e dove agire e quando e come fermarsi nello smantellamento delle finzioni e nella sollecitazione delle interazioni. Possiamo definire il gruppo multifamiliare anche come un gruppo di lavoro dove le valenze positive e costruttive si alleano e producono esperienze di cambiamento, sperimentazioni di diverse soluzioni sotto l'attenta guida del conduttore. Una delle caratteristiche peculiari di questo gruppo è di essere, in un certo senso, azione verbale e non verbale. In quest'ottica la presenza di ognuno, così come l'assenza, la posizione, la gestualità, le parole dette e non dette sono spunto di lavoro, punto di partenza per interpretazione e cambiamento (ad esempio talvolta vengono fatti fare degli spostamenti di posizione, o altri tipi di interventi agiti sempre con un significato ben preciso e reso manifesto); le azioni del conduttore devono essere azioni pensate, cioè i comportamenti verbali e non devono essere dotati di significato in modo che si inseriscano in maniera nuova nella routine di azioni-reazioni fossilizzate. Tutti sono testimoni presenti, spettatori (ma poi contemporaneamente coinvolti e attori) da molteplici punti di osservazione, sia cognitivi che affettivi, liberi di segnalare la problematicità della realtà relazionale, familiare discussa. È più facile quindi problematizzare ciò che pareva accettabile ed accettato grazie all'alcol aprendo o sviluppando una situazione di crisi che offra poi la possibilità di intravedere come percorribili strade che sembravano escluse dal campo del possibile. Al conduttore spetta il compito di ascolto, comprensione, sintesi e restituzione di queste voci diverse, ne nasce una rinarrazione della storia di ognuno, una storia non più solipsistica, ma resa più vitale poiché arricchita nel presente da pensieri, sentimenti e parole spesso a lungo congelati e affidati alla sostanza, una storia protesa verso un futuro diverso finalmente pensabile.

Bibliografia

- Adler, *Il temperamento nervoso* [1912], Astrolabio, Roma, 1950.
Adler, *La psicologia individuale nella scuola* [1929], *Psicologia dell'educazione* [1930], *Il bambino difficile* [1930] Newton Compton, Roma, 1993 (volume unico).
Bowlby J. (1976), "Attaccamento e perdita", Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino.
Bowlby J. (1978), "Attaccamento e perdita", Vol. 2: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino.
Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano.
Cerizza G., *Quando il limite diventa risorsa*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
Cerizza G., Greco C., "Alcol e famiglia", in *Il profilo professionale dell'alcolologo*, Lucchini A. Greco C., Cerizza G., FrancoAngeli, Milano, 1999.

- Cermak T., Brown S., "International group psychotherapy with adult children of alcoholics", *Int. J. of group psychotherapy*, 32, 1982.
Consensus conference anno 2000.
Dowd T., "Rugle", edizione italiana a cura di F. Schifano, *La tossicodipendenza. Trattamenti a confronto*.
Hudolin V., *Manuale di alcolologia*, Trento, Erickson, 1991 seconda edizione.
Hudolin V., *Introduzione*, in Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15-113.
Mascetti W., "Il comportamento d'abuso e la dipendenza", in *Manuale di psicoterapia cognitiva* (a cura di) G. Bara, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
Mahler M., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978.
Schafer R., *L'atteggiamento analitico*, Feltrinelli Milano, 1993.
Winnicott D.W., *I bambini e le loro madri*, Cortina, Milano, 1987.
Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.
Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma.

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso FeDerSerD Regione Lazio

Buone pratiche nel management delle dipendenze patologiche e della doppia diagnosi

28 e 29 settembre 2006 - Centro Congressi Holiday Inn Parco dei Medici - Roma Eur



GIOVEDÌ 28 Settembre

- ore 8.00 Registrazione Partecipanti
ore 8.30 **Inaugurazione Congresso**
Dott. Claudio Leonardi - Presidente Regionale FeDerSerD Lazio
Dott. Ignazio Marcozzi Rozzi - Presidente Agenzia Comunale Tossicodipendenze di Roma
Dott. Alfio Lucchini - Presidente Nazionale FeDerSerD

Sono stati invitati:
On. Paolo Ferrero - Ministro delle Solidarietà Sociale
On. Giovanna Melandri - Ministro per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
On. Livia Turco - Ministro della Salute
Dott. Augusto Battaglia - Assessore alla Sanità Regione Lazio

ore 8.45 **SESSIONE 1**

- Chairman: **Siviero Albani - Guglielmo Masci**
La Diagnosi e la Valutazione dei Disturbi Psichiatrici di Base nel Tossicodipendente
Gilberto Di Pietra
La Disregolazione del Sistema Recettoriale Kappa nella Patologia Psichiatrica e nell'Addiction
Lorenzo Somari
Focus sulla Farmacoterapia con Agonisti Parziali della Dipendenza da Sostanze Addittive in Pazienti Comorbili
Michele Ferdico
Il Linguaggio del Trattamento
Salvatore Palmo

ore 13.30 **DISCUSSIONE IN AULA**

ore 15.00 **SESSIONE 2**

- Chairman: **Vittorio Santi - Giuseppe Barletta**
Valutazione dei Determinanti dell'Esito dei Trattamenti Metadonici
Mercedes Gori
Il Ruolo della Terapia con Interferone in Soggetti HCV Positivi con Disturbi del Comportamento da Uso di Sostanze
Giorgio Antonucci



Doppia Diagnosi e Trattamento della Dipendenza Alcolcorrelata Mauro Ceccanti Tossicodipendenza e Comorbilità Psichiatrica: La Realtà degli Istituti Penitenziari Sandro Libianchi

ore 19.00 **DISCUSSIONE IN AULA**

VENERDÌ 29 Settembre

ore 9.00 **SESSIONI PARALLELE A - B - C - D**

(Le sessioni parallele della mattina verranno replicate nel pomeriggio)

ore 9.00-12.30 **FORMAZIONE DI GRUPPO**

ore 14.30-17.30 **FORMAZIONE DI GRUPPO**

- Sala A: Tecniche di Counseling Infermieristico in Ambiente Psichiatrico: Casi Clinici**
Discussant: Nicola Butera
Tutor: Paola Masci
Target: infermieri - educatori professionali

Sala B: Tecniche di Accoglienza e Trattamento del Paziente Alcolista: Casi Clinici
Discussant: Roberto Fagetti
Tutors: Mauro Ceccanti, M. Luisa Atzilia e Benilde Mauri
Target: medici - psicologi - infermieri - educatori professionali

Sala C: Tecniche Psicodiagnostiche e Valutazioni Psicometriche degli Stati di Tossicodipendenza: Casi Clinici
Discussant: Claudio Pierlorenzi
Tutor: Elena Coroneo e Antonella D'Ambrosi
Target: psicologi - medici - infermieri - educatori professionali

Sala D: Procedure Gestionali e Terapeutiche nel Trattamento delle Comorbilità Psichiatriche in un Servizio per le Dipendenze Patologiche: Casi Clinici
Discussant: Onofrio Casciani
Tutor: Gilberto Di Pietra
Target: medici - psicologi - infermieri - educatori professionali

ore 12.30 **Assemblea Iscritti FeDerSerD Regione Lazio**

ore 17.30 **COMPILAZIONE QUESTIONARIO ECM** Chiusura Lavori

Per informazioni e iscrizioni:

Segreteria Organizzativa FeDerSerD - EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (CO) - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - e-mail: federserd@expopoint.it - www.federserd.it - Federazione Regionale Lazio e-mail: federserd.lazio@federserd.it

Primo annuncio

FeDerSerD e SITD

Regioni Piemonte e Valle D'Aosta annunciano un CONVEGNO sul CARCERE

DELLE DROGHE E DELLE PENE I tossicodipendenti tra cura e castigo

Torino, 16 e 17 novembre 2006 - Starhotel

Giovedì 16 novembre

PLENARIA MATTINO

Saluti delle Autorità

Relazioni:

- Dei delitti e delle pene
- Sistema penitenziario e riabilitazione
- La tossicodipendenza come malattia
- Tra coazione e cura

PLENARIA POMERIGGIO

Relazioni:

- Problemi di diagnosi in carcere
- I rischi della detenzione

- *Atteggiamenti degli operatori*
- *Esperienze nazionali significative*
- *(Castelfranco Emilia)*
- *Esperienze nazionali significative (una custodia attenuata gestita da un Ser.T. - Rebibbia)*

Venerdì 17 novembre

MATTINO

SESSIONI PARALLELE

- *Esperienze nel territorio regionale*
- *Droghe, carcere e minori*
- *I Trattamenti farmacologici*

PLENARIA POMERIGGIO

TAVOLA ROTONDA

Temi:

- *Delitti e pene*
- *La Prefettura*
- *Legge e terapia*

Per informazioni e iscrizioni: Segreteria Organizzativa Nazionale FeDerSerD - EXPO POINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (CO) - Tel. 031/748814 - Fax 031/751525 - e-mail: federserd@expoport.it

Congresso Regionale FeDerSerD Campania

DIPENDENZE E SERVIZI, TRA QUOTIDIANITÀ E FUTURO

Capri, 19-21 ottobre 2006 - Grand Hotel Quisisana

Programma preliminare

Giovedì 19

14.30 Presentazione

15.00 Saluto Autorità

15.30 Stato dell'Arte

17.00 Prima sessione - Welfare delle Dipendenze: l'integrazione socio-sanitaria. La politica dell'intervento

18.30 Cocktail di benvenuto

Venerdì 20

09.30 Seconda sessione - I trattamenti della Dipendenza da eroina: nuovi scenari terapeutici

11.00 Cofee break

11.15 Terza sessione - Coinfezione HIV-HCV nel tossicodipendente: interazioni farmacologiche e problemi terapeutici

12.45 Pranzo

14.30 Quarta sessione - Percorsi terapeutici nella comorbidità psichiatrica

16.00 Quinta sessione - Interventi psicoterapici nei Servizi: attualità e prospettive

Sabato 21

09.00 Approfondimenti tematici

- Linee di sviluppo dei Servizi
- Una nuova sfida per i Servizi: il gambling
- Prospettive diagnostico-laboratoristiche
- Progettualità sul territorio
- Modelli di comunicazione

11.00 Compilazione questionari ECM e consegna attestati

11.30 Assemblea Soci

Ogni sessione avrà un moderatore, un relatore, un caso clinico ed un report

Categorie ECM: Medico - Psicologo - Infermiere - Educatore professionale - Biologo

Costi di iscrizione: Iscr. FeDerSerD € 100,00 + iva - Non iscr. FeDerSerD € 150,00 + iva - Iscr. FeDerSerD non laureato € 8,00 + iva - Non iscritto FeDerSerD non laureato € 130,00 + iva

Costi di iscrizione dopo il 10 settembre: Iscr. FeDerSerD € 13,00 + iva - Non iscr. FeDerSerD € 180,00 + iva - Iscr. FeDerSerD non laureato € 120,00 + iva - Non iscritto FeDerSerD non laureato € 160,00 + iva

Il costo di iscrizione comprende il materiale congressuale, i coffee break ed il lunch del venerdì. Gli iscritti FeDerSerD devono dimostrare l'iscrizione al 31 maggio

Segreteria Organizzativa Studioesse Congressi - Tel. 081/8904040 - Fax 081/8907169 - e-mail: info@studioesse.net

RECENSIONE



Gaetano Liguori, Vincenzo D'Auria, Ferdinando Russo, Arcangelo Cimminiello

ALCOL: TRA CLINICA E LETTERATURA

Presentazione di Vittorio Pellegrino
Postfazione di Alfio Lucchini

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni, direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 128, € 14,00 - Cod. 231.1.29 (V)

responsabile lo sviluppo di una coscienza critica ed attenta al fenomeno dell'alcolismo e della patologia alcol-correlata.

Il presente volume si propone di farlo partendo da una prospettiva originale: intrecciando il discorso clinico a quello letterario ravvisa un significativo connubio tra l'uomo e l'alcol, illustrando il senso delle domande che da sempre l'umanità si è posta ed il significato delle risposte che si è data nel corso delle epoche e delle culture in relazione a questo particolare rapporto.

Alternando parti argomentative sulla biochimica, la neurofisiologia, la clinica e la terapia dei quadri di intossicazione acuta e cronica a parti riassuntive, caratterizzate da tabelle e grafici, il testo si offre come spunto di riflessione e strumento operativo per quanti vogliono avventurarsi nel campo dell'intervento sull'uso-abuso di bevande alcoliche, laddove l'infinito universo della poesia umana, interpretando un rilancio continuo tra l'eredità e la ricerca, traduce e traccia un fenomeno vissuto e segnato nel fondo dell'anima.

Gaetano Liguori, medico psicoterapeuta, è responsabile del Servizio Tossicodipendenze ed Alcolismo del Distretto 63/64 Sant'Animo Asl Napoli 3.

Vincenzo D'Auria, medico odontoiatra, è responsabile dell'area di coordinamento delle Dipendenze patologiche dell'Asl Napoli 3.

Ferdinando Russo, medico fisiopatologo, è dirigente responsabile del Distretto socio-sanitario 63 Sant'Animo Asl Napoli 3.

Arcangelo Cimminiello, medico nefrologo, è incaricato dei trattamenti clinici presso il Ser.T. del Distretto 63/64 Sant'Animo Asl Napoli 3.

L'attuale diffusione delle bevande alcoliche, l'acquisizione di modelli di consumo non tradizionali, la generale tolleranza verso il bere e la difficoltà di definire l'inquadratura diagnostica ed il profilo terapeutico rendono indi-

Comunicato stampa di FeDerSerD del 31 maggio 2006

L'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD è stato ricevuto oggi a Roma alle 14 dal Ministro per la Solidarietà Sociale On. Paolo Ferrero.

Nell'incontro, cordiale e costruttivo, abbiamo illustrato al Ministro le ragioni della nostra società scientifica che svolge anche un riconosciuto ruolo di rappresentanza dei servizi pubblici.

È necessario fare una netta distinzione tra l'uso di droghe (sempre più diffusa) e le patologie da abuso. I bisogni delle persone malate di droga possono essere accolti e ad essi si può dare una risposta solo se si riforma il DM 444/90 ridefinendo i compiti e le offerte di servizi dei Ser.T., tenendo conto della diffusione delle droghe eccitanti e dei contesti sociali di abuso.

La rapida ridefinizione del ruolo delle prefetture e la abolizione delle sanzioni per i consumatori; l'abrogazione della Legge Fini; la definizione dei percorsi per arrivare quanto prima alla nuova Conferenza Nazionale sulle Tossicodipendenze con il coinvolgimento delle Regioni, degli Enti locali e delle Associazioni; una campagna nazionale di formazione per gli operatori del sistema dei servizi; la disponibilità nelle farmacie di tutti i farmaci sostitutivi in uso per la dipendenza da eroina e l'impegno dei

Medici di Medicina Generale; la costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze in tutte le ASL; la formalizzazione di un Centro di riferimento nazionale di epidemiologia clinica valorizzando le competenze del CNR; un impegno importante nella prevenzione sono stati alcuni dei temi posti alla riflessione nell'incontro.

FeDerSerD, che pone alla base del suo agire le evidenze scientifiche e l'esperienza degli operatori, che ha rapporti in tutte le Regioni e con tutto il mondo degli operatori; che ha dimostrato negli anni di essere un sicuro e costante punto di riferimento per il settore, sia di natura scientifica sia di riflessione istituzionale; che ha una riconosciuta e insuperata capacità organizzativa nel settore della formazione, ha offerto al Ministro Paolo Ferrero le risorse e la serietà dell'organizzazione per affrontare subito le emergenze del settore e per giungere al più presto al nuovo Testo Unico sulle dipendenze.

Il Ministro, ribadendo il ruolo centrale del Servizio Pubblico, ha sottolineato la necessità di lavorare per modificare la rappresen-

tazione sociale del fenomeno droga, ulteriormente compromessa nei cinque anni del passato governo.

Ha condiviso la lettura dei fenomeni e le necessità del sistema dei servizi, così come rappresentate nelle priorità di FeDerSerD.

Nel lungo incontro si sono poste le basi per un lavoro comune. Una valutazione di impatto a 6 mesi della legge Fini-Giovanardi e la attivazione di tutte le risorse disponibili per l'applicazione di provvedimenti utili ad evitare gli effetti più negativi della legge e favorire la operatività dei servizi sono i primi provvedimenti concordati.

Il Ministro, infine, si è detto disponibile a visitare i Ser.T. come atto anche simbolico di vicinanza agli utenti e agli operatori pubblici.

L'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD
Alfio Lucchini, Presidente
Guido Faillace, Vice presidente
Pietro Fausto D'Egidio, Segretario esecutivo
Antonio d'Amore, componente del Direttivo Nazionale
Raffaele Lovaste, componente del Direttivo Nazionale



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario
 Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale
 Alfio Lucchini (Presidente),
 Guido Faillace (Vicepresidente),
 Pietro Fausto D'Egidio (Segretario esecutivo),
 Alessandro Coacci (Past president),
 Luciana Bacci, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,
 Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Donato Donnoli,
 Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,
 Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,
 Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,
 Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale
 Claudio Leonardi (coordinatore),
 Ezio Manzato (coordinatore),
 Giorgio Serio (coordinatore),
 Bruno Aiello, Clara Baldassarre, Roberto Calabria,
 Cesare Di Carlo, Michele Ferdico, Gilberto Gerra,
 Fabio Mariani, Vincenzo Marino, Antonio Mosti,
 Felice Nava, Pier Paolo Pani

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 2006 - 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 2006
 Di rinnovare l'iscrizione in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2006

a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / 2006 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 _____