

Editoriale

Si annuncia un interesse alle politiche sulle droghe e sulle dipendenze?

Pietro Fausto D'Egidio e Alfio Lucchini 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

La dipendenza da sostanze come modalità di disattivazione del sistema dell'attaccamento: una ricerca su un campione di pazienti degenti in comunità terapeutica

Roberto Berrini, Renato Sidoti, Federica Beltrami, Laura De Vecchi, Eugenia Luraschi, Lucia Monicchi 7

Centro antifumo UOC Ser.D. (Asp di Cosenza): storia di una esperienza decennale

Roberto Calabria, Amerigo Giuseppe Rota, Alessandro De Simone 17

DOCUMENTI

Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi

Marianna Boso, Giorgio Tiraboschi, Alessia Mori, Francesca De Cagna, Cinzia Priora, Giuseppe De Paoli, Michele Brait, Armando Gozzini, Francesco Reitano e il gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia 23

Valutazione dell'incapacità: perizie e periti nei nuovi scenari della legge 81/2014 sul superamento degli OPG

Federico Durbano, Giovanna Crespi 43

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Terapia di gruppo: il setting grupppale nel trattamento delle dipendenze

Pietro Algisi 51

Report. Indagine su atteggiamenti e credenze verso l'uso di sostanze stupefacenti

Guido Faillace, Ferdinando Davoli, Salvatore Daidone, Cristina Matera 60

C'erano una volta le tossicomanie e tossicofilie... uno sguardo fenomenologico al mutamento del paradigma delle dipendenze

Andrea Valdevit 65

LE RUBRICHE

Spigolature

Oltre il "Boschetto di Rogoredo" Alfio Lucchini 5

Contaminazioni

Non ci sono più le stagioni di una volta Maurizio Fea 6

RECENSIONI 5, 22

NOTIZIE IN BREVE 3, 28, 42, 59, 72

FeDerSerD/FORMAZIONE

La presa in carico precoce del consumatore di sostanze. La centralità del Ser.D. nel sistema di intervento 29

I modelli organizzativi per la presa in carico del consumatore di sostanze co-morbile nei Ser.D. Strumenti, procedure e outcome nel management clinico e gestionale 30

Dai LEA alle risorse disponibili 64

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

Si annuncia un interesse alle politiche sulle droghe e sulle dipendenze?

In questi giorni molte forze politiche e anche la stampa stanno prendendo posizione e si stanno complessivamente occupando del tema "droga".

Con gli approcci più diversi, dalla riesumazione delle tabelle della famigerata Legge Fini-Giovanardi alla legalizzazione del consumo e della coltivazione per uso personale.

La posizione della nostra Società Scientifica è chiara e coerente da molti anni.

Riassumiamo gli elementi salienti.

Le droghe fanno male: sia quelle legali alle quali diamo la responsabilità del maggior numero di morti, il tabacco e l'alcol, sia quelle illegali. Possiamo attribuire al tabacco 80.000 morti per anno, all'alcol 10.000-20.000, all'eroina meno di 500.

Molti usano droghe, pochi si ammalano, diventano "addicted". Questo è evidente nella esperienza di ciascuno di noi per le droghe legali: molti bevono bevande alcoliche, pochi diventano alcolizzati.

Le evidenze scientifiche ci dicono che ciascuna droga può essere responsabile di determinate patologie e questo dato viene troppo spesso assunto in maniera strumentale. Facciamo un esempio. Ci sono portatori di una variante genica che hanno un rischio più elevato di sviluppare disturbi di tipo schizofrenico se utilizzano cannabis durante l'adolescenza.

- **Progetto Ben Essere Donna.** Intervento di prevenzione e promozione della salute rivolto a donne con problematiche alcol correlate
Cinzia Luigia Celebre, Pamela Filiberto, Claudia Milievich
- **Gli outcome nel trattamento dell'alcoldipendenza.** L'esperienza del SA di piazza Montale – Torino
Bruno Sciotteri, Bruno Tortia, Emanuele Bignamini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 27

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2018 - N. 51

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

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

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 28/02/2019

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerd/



@FeDerSerd



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



Questo dato non ci permette di generalizzare che usare cannabis fa diventare schizofrenici.

Non ci sono dati che misurano il tasso di correlazione.

Anche farmaci di uso frequente possono provocare gravi problemi di salute e financo la morte: 1 persona ogni 100.000 o 200.000 che usano aspirina muoiono per uno shock anafilattico, ma la correlazione è così debole che la maggior parte degli italiani usa l'aspirina senza timore.

Da sempre chiediamo alle autorità sanitarie di questo Paese di stanziare i finanziamenti adeguati per fare ricerca seria e indipendente: aspettiamo ancora risposte adeguate.

Siamo ovviamente d'accordo nel rendere più efficaci le azioni di contrasto alla criminalità organizzata dedita al commercio di droghe illegali.

Siamo convinti della necessità di una legislazione che non punisca il consumo di droghe.

Siamo favorevoli ad una azione efficace per la migliore informazione e prevenzione dell'uso di droghe.

Siamo convinti della necessità di promuovere l'uso degli oppiacei per la terapia del dolore grave e contestualmente di promuovere le azioni necessarie da parte del Sistema Sanitario per evitare un uso indiscriminato di queste prescrizioni.

Il DPR 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" così come aggiornato e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale suppl. ordinario del 15-3-2006 dispone con l'articolo 132 che presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli affari sociali è istituita la Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze composta da 70 membri. Dispone anche che la Consulta è nominata con decreto del Ministro per la solidarietà sociale tra gli esperti di comprovata professionalità e gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale ed è convocata periodicamente dallo stesso Ministro in seduta plenaria o in sessioni di lavoro per argomenti al fine di esaminare temi e problemi connessi alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze e contribuire alle decisioni del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga.

Lo stesso DPR dispone all'art. 1 che ogni tre anni, il Presidente del Consiglio dei Ministri, nella sua qualità di Presidente del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, convoca una Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa.

Questo DPR dispone quindi un percorso intelligente per guidare scelte legislative coerenti con le evidenze scientifiche e che tengano conto dei tanti aspetti legati a questo fenomeno.

Il pudore impedisce di notare che abbiamo raggiunto i 10 anni di attesa della Conferenza nazionale o che i lavori della Consulta nazionale degli esperti ormai appartengono agli archivi storici.

Nel frattempo è successo di tutto: nuovi fenomeni di consumo ed abuso, diffusione di nuove sostanze, usi impropri di farmaci, ritorno di modalità di consumo e di aggregazione che avevamo dimenticato nei giovani e meno giovani.

E non secondaria è l'attenzione a valutare le ricadute dei cambiamenti culturali della società e degli indirizzi politici prevalenti, che spesso intrecciano le

condizioni di vita dei nostri pazienti e dei nostri ambiti lavorativi.

Se finalmente la politica riscoprirà i dovuti compiti di programmazione, indirizzo, legislazione, allora parta con il piede giusto!

Le semplificazioni non portano lontano; eventuali modifiche legislative necessitano di ampio ascolto, discussione e valutazione in questo ambito.

Si parta dai fondamentali: lettura, analisi e comprensione dei fenomeni e della realtà, confronto sulle strategie, proposte puntuali e verificabili.

E i servizi di prevenzione, diagnosi e cura, i Servizi delle Dipendenze, sono pronti, secondo le modalità e gli strumenti che la legge vigente offre e le istituzioni vorranno attivare.

FeDerSerD dice basta ad un uso politico strumentale dei drammi mai affrontati adeguatamente e legati al consumo delle droghe. Chiediamo quindi ancora una volta, con forza, la convocazione della Conferenza Nazionale.

Pietro Fausto D'Egidio e Alfio Lucchini

NOTIZIE IN BREVE

Nuovo servizio: *Gambling Online Therapy*

www.gioca-responsabile.it

La help line per giocatori problematici e familiari *Giocaresponsabile* operativa dal 2009, ha cessato la sua attività con il 31-12-18. In nove anni ha assistito e dato consulenza psicologica e legale a più di 18.000 situazioni problematiche - giocatori, in prevalenza, e familiari.

Ad essi si aggiungono 3.900 giocatori che hanno fatto richiesta di terapia on line, servizio attivato ad agosto del 2013, il che porta ad un totale di quasi **22.000** persone che hanno utilizzato i servizi offerti da *Giocaresponsabile*.

Ci sono stati 98mila accessi telefonici di varia tipologia al numero verde, mentre gli accessi di utenti al sito web sono stati più di 260mila.

Per non perdere un patrimonio di esperienza e di dati che non ha eguali in Italia, e continuare ad offrire opportunità di cura ai giocatori problematici, FeDerSerD è in grado, grazie anche a contributi incondizionati, di continuare a garantire il servizio gratuito relativamente alla terapia on line per giocatori patologici.

È possibile registrarsi e fare richiesta di trattamento on line al servizio *Gambling Online Therapy* sul sito www.gioca-responsabile.it (numero verde 800 151 000).

Le modalità di cura sono le stesse, con alcuni cambiamenti nelle modalità di accesso, mentre purtroppo la Federazione non è più nelle condizioni di offrire le consulenze psicologiche e legali che moltissime persone hanno potuto utilizzare in tutti questi anni.

Ci auguriamo che questa carenza venga supplita efficacemente da altri servizi istituzionali di help line sorti recentemente nel nostro paese, per rispondere alla domanda di orientamento e consulenza da parte dei cittadini.

FeDerSerD può mettere a disposizione di istituzioni, servizi e ricercatori che ne faranno richiesta per finalità di studio e miglioramento delle policy, il patrimonio di dati sintetici sulle caratteristiche di popolazione con problemi di gioco, raccolti ed analizzati in nove anni di lavoro.

Pietro D'Egidio - Presidente Nazionale FeDerSerD



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Spigolature

Alfio Lucchini

Oltre il “Boschetto di Rogoredo”

Episodi assunti alla cronaca in modo fragoroso, ad esempio il cosiddetto “boschetto di Rogoredo”, uno tra i tanti, possono insegnarci qualcosa se vengono letti in modo paradigmatico, come segnali forti di disagi rimasti tutti attivi, in linea con le evidenze sociali proprie della nostra nazione.

Gli strumenti di intervento utili ad affrontare queste situazioni li conosciamo, dalla costruzione di reti sociali reali alla doverosa realizzazione di presidi e attività socio sanitarie e sanitarie, seguendo i principi della accoglienza, presa in carico e riduzione del danno.

Riduzione del danno che è diventata un LEA, livello essenziale di assistenza, e la ragione di non lasciarla solo una delle tante sigle in un decreto sembra proprio essere attuale ora.

Questi episodi mostrano in realtà anche che le facce dell’uso di droghe e delle conseguenze personali e sociali sono tante e che si deve aggiornare il sistema di intervento, renderlo più flessibile nell’azione e valutabile nei risultati.

Non vedo distinzioni tra compiti, funzioni e ruoli del “pubblico” e del “privato” da questo punto di vista: moltissimo è da fare e presto.

Certamente uno sguardo privilegiato è per i Servizi pubblici, non fosse altro per il continuo richiamo e attrattiva che nella realtà dimostrano verso i pazienti e la “tenuta” clinica e organizzativa che dimostrano, qualcosa che ha del miracoloso visti gli investimenti umani e strutturali fermi al passato millennio!

Colpisce lo sforzo di confrontarsi con le nuove realtà, sia cliniche che organizzative.

Colpisce la capacità di essere parte attiva ad esempio su tematiche di sanità pubblica e di reale riduzione del danno come la lotta al diffondersi della epatite C o di capire e impegnarsi sulle varie forme delle comorbilità psichiche, sempre più diffuse ed impegnative.

Notevoli sono le esperienze di prevenzione nella pratica territoriale, nella presa in carico precoce e dei giovani, nei modelli di cura, sviluppati in molte parti del Paese e utili per le nuove esigenze dei fenomeni osservati.

Consolidiamo e diffondiamo le pratiche efficaci.

RECENSIONE



Alfio Lucchini

DIPENDENZE: PROCESSI DI RECOVERY e trattamento con farmaci sostitutivi

Presentazione di Pietro Fausto D'Egidio
Prefazione di Gabriele Rocca

pp. 224 euro 20,00

Editore: Ce.R.Co. Edizioni - Milano

Secondo le linee scientifiche internazionali il processo di “recovery” è considerato “l’obiettivo più importante” nei percorsi proposti alle persone in ambito di salute mentale e dipendenze.

Questo termine, ricco semanticamente, ha il vantaggio di porre un’ enfasi particolare sul “processo” piuttosto che sull’ “esito”; il valore aggiunto nell’ utilizzo del termine in traducibile di *recovery* è che esso permette di sottolineare il ruolo giocato all’ interno del processo dalla “soggettività” del paziente e dalla sua esperienza all’ interno della malattia mentale.

Le numerose esperienze presentate nel volume, la bella casistica clinica, il saggio introduttivo, prodotti dei Servizi delle Dipendenze italiani, attestano come il concetto di recovery sia divenuto patrimonio dei percorsi di cura e riabilitazione e in particolare della valutazione dei progressi nel funzionamento dei nostri pazienti.

L’ impegno della Federazione è quello di proseguire nella valorizzazione dei professionisti delle dipendenze, proponendo tematiche innovative e significative all’ attenzione del loro impegno.

Alfio Lucchini, psichiatra, psicologo medico, psicoterapeuta. Direttore del Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e Martesana, Città Metropolitana Milanese.

Autore o coautore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e di 32 volumi editi a stampa.

Docente presso la facoltà di Psicologia della Università Cattolica di Milano, past president di FeDerSerD.

Il volume prende spunto dal concorso nazionale che FeDerSerD ha proposto agli studiosi italiani, agli operatori dei servizi delle dipendenze, “I trattamenti con farmaci sostitutivi nel processo di recovery”.

Il concetto di recovery è comune nel campo della malattia e disabilità fisica: non significa che la sofferenza è scomparsa, i sintomi sono stati rimossi, la funzionalità ristabilita, ma che la persona ha recuperato le capacità di svolgere compiti e/o ruoli sociali.

Non significa quindi guarigione, né remissione dei sintomi, ma minimizzazione del loro impatto sulle possibilità di vita della persona.

Contaminazioni

Maurizio Fea

Non ci sono più le stagioni di una volta

Cosa fa correre rischi alle persone? Una interessante ricerca pubblicata a fine novembre in *PLOS ONE* suggerisce che miglioramenti inattesi nella vita di tutti i giorni (ad esempio una giornata di sole dopo molti giorni di pioggia o una vittoria da parte di una squadra sportiva locale) sono correlati con un cambiamento nell'umore di una città e una maggiore probabilità che i cittadini possano fare cose rischiose come giocare d'azzardo. Le città sembrano avere stati d'animo che fluttuano di giorno in giorno. Ora, grazie ai social media, questi stati d'animo della città sono anche misurabili.

Il team di ricerca della McGill University ha utilizzato tecniche automatizzate per valutare il "sentimento" di oltre 5 milioni di post su Twitter dal 2012 al 2013, georeferenziato a sei diverse grandi città statunitensi (New York, Boston, Chicago, Dallas-Fort Worth, San Francisco Bay Area e Los Angeles). Questo, a sua volta, ha permesso loro di dedurre l'umore della città in un dato giorno. Gli utenti di Twitter fungono da "canarini delle loro comunità", e quello che dicono su Twitter è rappresentativo dell'umore condiviso per le strade e nelle comunità locali, quindi, utilizzando l'intelligenza artificiale, questo gruppo di ricerca insieme alla università della Pennsylvania è stato in grado di estrarre informazioni sull'umore della comunità nel suo insieme da ciò che dicono su Twitter.

I ricercatori hanno decompresso il linguaggio espresso nei dati dei social media per vedere come l'umore dei tweet, e quindi delle città, poteva essere compreso su base giornaliera. Hanno quindi esplorato se, osservando risultati positivi inaspettati (come vittorie sportive inaspettate o giornate soleggiate dopo giorni di pioggia), potevano prevedere quando una città sarebbe stata di buon umore. Il passo successivo è stato quello di esaminare in che modo questi stati d'animo positivi della città fossero collegati a una maggiore assunzione di rischi. Quanto è felice Chicago oggi? Tutto dipende dal fatto che i White Sox abbiano vinto la scorsa notte o che il sole splenda dopo giorni di cielo grigio.

Gli esperimenti di psicologia in laboratorio hanno già dimostrato che le persone tendono a sentirsi meglio e assumono più rischi quando qualcosa va meglio di quanto si aspettassero ma questi ricercatori volevano scoprire se lo stesso fosse vero a livello di città. Quindi hanno valutato se l'aumento degli acquisti di biglietti giornalieri della lotteria a Chicago e New York, dove non c'era un incentivo particolare a comprare in un giorno rispetto a un altro, era legato a uno stato d'animo positivo della città, come poteva apparire riflesso sui social media. E hanno scoperto che questo era davvero il caso – sebbene gli autori notino che questo effetto è sottile – per esempio, un giorno di "buon umore" a Chicago e New York prevede un aumento della spesa per il gioco vicino al 2,5% a persona al giorno in quartieri particolarmente reattivi.

Utilizzando i dati dei social media, sono stati in grado di esaminare l'impatto degli eventi collettivi sul benessere soggettivo delle dimensioni delle grandi città. Gli umori fluttuano considerevolmente di giorno in giorno, spesso in risposta a eventi nella vita quotidiana. Questi stati affettivi esercitano effetti sulla cognizione, che si manifestano in comportamenti consequenziali

come l'assunzione di rischi, probabilmente perché generano aspettative non realistiche che risultati positivi si verifichino in futuro. È noto che nei singoli individui i risultati positivi e negativi esercitano effetti più forti sugli stati d'animo quando sono inaspettati piuttosto che previsti. Questa ricerca mostrerebbe che ci sono conseguenze comportamentali su larga scala di queste presunte fluttuazioni collettive dello stato dell'umore. Ad esempio, quando gli esiti imprevedibili del mondo reale si discostano positivamente dalle aspettative, aumenta l'assunzione di rischi per la popolazione, ed il comportamento è osservabile nei livelli di gioco giornalieri alla lotteria a livello di una grande città.

Ci sono due aspetti rilevanti in questa ricerca: il primo è la possibilità di misurare come, risultati positivi inaspettati possono, prevedere cambiamenti misurabili dello stato affettivo nel mondo reale in diverse grandi aree urbane. Il secondo a mio parere anche più importante, è dato dal ruolo che i social media eserciteranno sempre di più sui paradigmi della ricerca in campo psicologico e in altri campi dove ciò è già ampiamente operativo come l'economia e la finanza. Dal laboratorio al mondo reale è sempre un passaggio difficile da operare, troppe variabili incontrollate, fattori emozionali non facili da codificare e interpretare, criteri di valutazione troppo selettivi per poter funzionare altrettanto bene nel mondo reale e su vasta scala.

Questa ricerca offre indicazioni, pur con le riserve degli stessi autori sul peso effettivo dei risultati e sul tipo di comportamento specifico di assunzione di rischio preso in considerazione, su come ci si dovrebbe orientare sia nel campo della ricerca che in quello della prevenzione, sfruttando il potenziale enorme che i social media possono offrire, sia per capire come evolvono certi fenomeni, sia per eventualmente fronteggiarli e indirizzarli in modo controllato. È necessario introdurre tecnologia adeguata e competenze specifiche anche nei servizi dipendenze, per leggere con tempestività i processi di cambiamento nei comportamenti di massa e dotarsi di capacità e strumenti in grado di governarli. Anche a fronte della progressiva riduzione del numero ed inesorabile, per il momento, invecchiamento dei professionisti dei Ser.D. attivarsi e promuovere innovazione anche di questo tipo, potrebbe essere una strategia con qualche possibilità di successo, sia per ringiovanire che per incrementare. La relazione è fondamentale nel lavoro clinico e nel management organizzativo, ma per la ricerca di nuovi trattamenti e per la creazione di strategie di prevenzione meno obsolete e stantie di quelle attuali, serve un robusto incremento di competenze tecnologiche nei servizi e di idee su come usarle.

Bibliografia

Otto A.R., Eichstaedt J.C. (2018). Real-world unexpected outcomes predict city-level mood states and risk-taking behavior. *PLOS ONE*, 13(11): e0206923. doi: 10.1371/journal.pone.0206923.

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

La dipendenza da sostanze come modalità di disattivazione del sistema dell'attaccamento: una ricerca su un campione di pazienti degenti in comunità terapeutica

Roberto Berrini*, Renato Sidoti*, Federica Beltrami**, Laura De Vecchi***, Eugenia Luraschi****, Lucia Monicchi^o

SUMMARY

■ *Aim of this work is to show the association between insecure attachment pattern and drug or alcohol addiction development in a population of four therapeutic facilities inpatients. Particularly disorganized attachment is postulated being the most frequent internal working model, nonetheless poorly investigated by literature about substance use disorder. Attachment disorganization causes a lack of coping strategies and a vulnerability for depersonalization state of mind or other dissociative symptoms. The addiction substances or alcohol dopaminergic effect may deactivate the attachment system, preventing the depersonalization experience. Separation Anxiety Test (SAT) was administered to ascertain attachment patterns. Results show that disorganized attachment clearly prevail over ambivalent, avoidant and secure patterns. No appreciable differences between alcohol and drug addicted samples is noticed.* ■

Keywords: *Alcohol and drug addicted inpatients, Disorganized attachment, Depersonalization, Separation Anxiety Test (SAT), Therapeutic facilities.*

Parole chiave: *Pazienti ricoverati, Disturbo da dipendenza da alcol, Disturbo da dipendenza da droga, Attaccamento disorganizzato, depersonalizzazione, SAT, comunità terapeutiche.*

Introduzione

L'associazione tra dipendenza da sostanze e una storia di *parenting* carenziente¹ nel corso dello sviluppo infantile e adolescenziale del soggetto è verificata da più ricerche (cfr. ad es. Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2016; Mantovani, Azzalin, Fabbri, 2015).

Le ricostruzioni storico-circostanziali che si ricavano dalle psicoterapie danno adito ad interpretazioni che evidenziano la presenza di un'elevata risposta da stress alle sollecitazioni relazio-

nali e affettive, sia nei soggetti affetti da dipendenza patologica, sia nei genitori e nell'ambito familiare in generale. A questi rilievi vanno aggiunte possibili esperienze traumatiche nel corso dello sviluppo, sia all'interno della famiglia che in ambito extra-familiare.

L'esito è frequentemente il consolidamento di un pattern insicuro/disorganizzato di attaccamento che rappresenta un fattore di vulnerabilità rispetto allo sviluppo di competenze autoregulative degli stati emozionali e di competenze metacognitive rispetto alle funzioni riflessive della mente (cfr. Main, 1991; Fonagy, Target, 1995; Bateman, Fonagy, 2004; Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

La ricerca ha manifestato un interesse crescente per le connessioni tra pattern di attaccamento e dipendenza da sostanze e attualmente la letteratura offre spazi sempre maggiori al rapporto tra il funzionamento del sistema dell'attaccamento e la presenza nell'adulto di un'ampia gamma di disturbi mentali, compreso l'uso, patologico delle sostanze.

Monjaras, Mayes, Potenza, Rutherford (2018) partono dalla premessa che l'inizio dell'uso di sostanze non conduce necessariamente ad un percorso di addiction e quindi per spiegare la condizione di dipendenza bisogna considerare fattori aggiuntivi che

* Medico, psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.

** Psicologa, psicoterapeuta presso Comunità terapeutica di Montriasco Arona (NO) Gruppo Abele di Verbania Onlus.

*** Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica Cascina Mazzucchelli, Fondazione Somaschi, S. Zenone al Lambro (MI).

**** Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Associazione Dianova Onlus.

^o Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica Saman di Belgioioso (PV).

umentino la suscettibilità alla dipendenza patologica. Gli autori suggeriscono di adottare una visione multidisciplinare per individuare i cofattori implicati nel processo patologico, mettendo in risalto la sovrapposizione neurobiologica tra addiction e attaccamento allo scopo di integrare entrambe le prospettive in un modello di sviluppo attraverso la lente dell'attaccamento.

Fowler, Groat, Ulanday (2013) mostrano che i trattamenti psicosociali per i disturbi mentali in comorbidità con i disturbi da abuso di sostanze sono fortemente influenzati da fattori relazionali; anche i tassi di dropout sono eccessivamente alti per coloro che richiedono trattamento in setting ospedalieri o residenziali.

Gli autori hanno esaminato le caratteristiche dei pazienti, incluso il pattern di attaccamento, come predittori per il completamento di un trattamento in regime di degenza per pazienti con disturbo da uso di sostanze in doppia diagnosi.

L'attaccamento predice la ritenzione indipendentemente dal disturbo psichiatrico in comorbidità, dimostrando una validità predittiva incrementale.

Tra i pazienti con disturbo da uso di sostanze, lo stile di attaccamento ansioso-preoccupato prediceva la ritenzione in trattamento, evidenziando l'importanza delle componenti interpersonali della relazione di cura al fine di completare il trattamento.

La review di Becoña Iglesias *et al.* (2014) mette l'accento sul fatto che i diversi lavori sull'argomento utilizzano il concetto di attaccamento in modo differente da quello definito originariamente da Bowlby (1969, 1973, 1988) e dagli autori che hanno consolidato sperimentalmente le sue intuizioni (Ainsworth, 1978; Main, 1988); ad esempio: attaccamento nel senso di una maggiore vicinanza ad uno dei genitori rispetto ad un altro; attaccamento nei confronti del gruppo dei pari, della scuola o della comunità di appartenenza.

Inoltre la maggior parte degli studi propone una valutazione quantitativa: maggiore o minore attaccamento ai genitori, alla famiglia, alla scuola, ecc. e non mettono in evidenza la differenza tra attaccamento sicuro e attaccamento insicuro.

I disegni sperimentali sono per lo più cross-sectional e non longitudinali, riducendo così la possibilità di valutare il costrutto dell'attaccamento come fattore di rischio.

Gli autori mettono in dubbio la validità degli assessment ottenuti attraverso self-report e criticano anche i lavori in cui non viene fatta distinzione tra sperimentatori e giovani che fanno uso abituale di sostanze, fino a sviluppare una dipendenza, perché di solito solo questi ultimi hanno una connessione con una forma di attaccamento insicuro.

Gli autori continuano sottolineando che il concetto bowlbiano di attaccamento viene impoverito se declinato in termini di vicinanza, fiducia, controllo/supervisione, intimità, comunicazione, ecc. Tuttavia, pur arrivando alla conclusione che dall'esame complessivo della letteratura la dipendenza da sostanze è chiaramente connessa all'attaccamento insicuro, nei pochi lavori che esplorano le differenti tipologie di attaccamento non si trovano rilievi connessi alla disorganizzazione dell'attaccamento.

Per esempio in Schindler *et al.* (2009), nel campione sottoposto ad una valutazione qualitativa del pattern di attaccamento attraverso la somministrazione dell'intervista Family Attachment Interview di Bartholomew e Horowitz (1991), i soggetti dipendenti da oppiacei avevano un attaccamento evitante-timoroso, i soggetti dipendenti da ecstasy sono evitanti-svalutanti, mentre quelli che usano cannabinoidi risultano evitanti-svalutanti e sicuri, con un livello di funzionamento psicosociale progressivamente inferiore passando dai consumatori di cannabis, a quelli di ecstasy fino ai dipendenti da oppiacei che avevano le maggiori problematiche di funzionamento globale.

Gli autori concludono con una serie di ipotesi sulla funzione di automedicazione delle sostanze e ritengono che siano influenzate da specifiche strategie di attaccamento.

L'eroina sembra essere impiegata come sostituto emozionale per la mancanza di strategie di coping. Si può pensare che, non essendo contemplata nell'intervista utilizzata dagli autori la categoria dell'attaccamento disorganizzato, la diagnosi di attaccamento evitante-timoroso, per le sue caratteristiche, assorba anche una percentuale di pazienti disorganizzati e la funzione della droga come tentativo di regolazione per la mancanza di strategie di coping può essere compatibile anche con la vulnerabilità dissociativa caratteristica nei soggetti affetti da disorganizzazione dell'attaccamento.

Caspers *et al.* (2006) hanno valutato la connessione tra le rappresentazioni dell'attaccamento ottenute attraverso la somministrazione dell'Adult Attachment Interview, lo sviluppo della tossicodipendenza come forma di regolazione delle emozioni e la propensione a rivolgersi ai servizi di cura.

I soggetti *dismissing* e preoccupati avevano il maggiore livello di uso di sostanze e i primi avevano anche la frequenza minore di approccio ai servizi per cercare una forma di trattamento.

Le conclusioni degli autori sono orientate a considerare le rappresentazioni dell'attaccamento come un fattore influente per comprendere la discrepanza tra uso problematico di sostanze e utilizzo dei servizi di cura e che per promuovere il trattamento e la regressione della sintomatologia è necessario tenere in conto del pattern di attaccamento del paziente.

Anche in questo caso non viene presa in considerazione la presenza del pattern disorganizzato.

Al contrario, in uno studio su 30 madri tossicodipendenti degenti in una struttura residenziale di cura (De Palo *et al.*, 2014), la somministrazione dell'AAI (oltre alla SCID II per la diagnosi con il DSM-IV e alla SCL-90-R) conferma l'ipotesi della presenza di attaccamento insicuro che si riscontra nel 90% dei casi, ma con una presenza elevata di pattern U (Unresolved), la categorizzazione dell'attaccamento adulto disorganizzato, con i più alti punteggi relativi ad esperienze di esperienze pericolose o non protette in età infantile.

Valori molto elevati sono stati riscontrati nelle scale della trascuratezza e del rifiuto. I differenti pattern sono collegati a differenze diagnostiche riscontrate con la somministrazione della SCID II. Questi risultati forniscono utili indicazioni per il trattamento della psicopatologia, della genitorialità e per le decisioni in merito all'adozione dei figli delle madri tossicodipendenti.

In un lavoro successivo Schindler e Bröning (2015), presentano una review dei principali lavori sulla connessione tra attaccamento e uso di sostanze in adolescenza e conferma che l'attaccamento insicuro rappresenta un fattore di rischio per l'incontro con le sostanze d'abuso nel periodo adolescenziale dello sviluppo.

Qui gli autori fanno riferimento alla categoria dell'attaccamento disorganizzato, nelle varie accezioni determinate dallo strumento utilizzato per la rilevazione del pattern: evitante-timoroso, secondo la terminologia del self-report di Bartholomew e Horowitz (1991), oppure disorganizzato-non risolto, ostile-imponente o non classificabile, secondo la terminologia desumibile dall'Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1985).

Questi concetti sono differenti sul piano descrittivo, ma si riferiscono tutti a individui che mancano di strategie di coping, di attaccamento e sono a rischio di sviluppare disturbi mentali.

Gli studi su campioni di adolescenti, sia cross-sectional che longitudinali, mettono in luce che l'attaccamento evitante è connesso allo sviluppo di disturbi esternalizzati, mentre l'attaccamento ansioso-ambivalente a disturbi internalizzati.

Il pattern disorganizzato è invece connesso alle più gravi psicopatologie, anche se le ricerche in tal senso sono ancora insufficienti. I processi di attaccamento, continuano gli autori, sono un fattore tra gli altri di un modello multifattoriale alla base del disturbo da uso di sostanze in adolescenza.

La loro importanza risiede nelle funzioni che svolgono nella regolazione emozionale, nel comportamento relazionale e nelle strategie di coping, che trova corrispondenza con gli approcci che considerano l'abuso di sostanze in adolescenza come un tentativo di regolare l'instabilità emozionale e la mancanza di controllo, a livello affettivo, comportamentale e cognitivo.

Facendo riferimento alla letteratura gli autori sottolineano che i giovani con disorganizzazione dell'attaccamento hanno alle spalle esperienze traumatiche o genitori con disturbi psicopatologici, per cui utilizzano sostanze per combattere i sintomi del PTSD o per la mancanza di strategie di attaccamento.

Attaccamento disorganizzato e scopo della ricerca

In base alla relativa scarsità di riscontri in letteratura di lavori da cui inferire la connessione tra disturbo da uso di sostanze e attaccamento disorganizzato in età adulta, gli autori hanno ritenuto di porsi come obiettivo di indagare la presenza di disorganizzazione dell'attaccamento in un campione di pazienti trattati per la dipendenza da sostanze o da alcol.

La disorganizzazione dell'attaccamento è una categoria di attaccamento insicuro caratterizzato dal mancato consolidamento di una strategia di coping, di autoregolazione emozionale e comportamentale e di riferimento relazionale che è stata associata allo sviluppo di disturbi dissociativi: stati di depersonalizzazione/derealizzazione, disturbi dissociativi dell'identità (Liotti, Farina, 2011; Lyons Ruth *et al.*, 2009).

Il pattern disorganizzato è connesso con comportamenti genitoriali incongrui nei confronti dei figli nel corso dello sviluppo infantile, che favoriscono la vulnerabilità alla dissociazione del sé come risposta allo stress relazionale.

Tali comportamenti sono stati definiti stati della mente HH (hostile-helpless), indicati anche come atteggiamenti spaventanti/spaventati della figura d'attaccamento, a propria volta disorganizzata, oppure depressa, oppure affetta da DPTS (Main, Hesse, 1990; Main, 1991; Liotti, 1992; Lyons Ruth *et al.*, *op. cit.*; Liotti, Farina, *op. cit.*).

In sintesi la disorganizzazione dell'attaccamento conduce a provare uno stato della mente confuso e angosciante, in quanto generato da motivazioni contraddittorie e incompatibili, connesse con l'attivazione del sistema dell'attaccamento.

In altri termini il soggetto è spinto ad avvicinarsi alla figura di attaccamento e, nel contempo, poiché questa è fonte di ambiguità o di paura (come nel caso dei genitori maltrattanti o abusanti), ad allontanarsi o a difendersene.

Al di fuori delle situazioni traumatiche di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza, nelle altre situazioni che esitano nella disorganizzazione dell'attaccamento si ha a che fare con il "trauma nascosto", generato dalla disorganizzazione delle procedure di accudimento del caregiver.

Entrano in conflitto il sistema dell'attaccamento e il sistema di difesa, sistema primitivo di sopravvivenza che attiva la risposta del sistema nervoso ortosimpatico e del suo complementare il sistema parasimpatico vagale (Porges, 2001), attraverso le risposte comportamentali di iperarousal e ipoarousal, come attacco, fuga, congelamento, disattivazione.

Il soggetto si trova così in una condizione di indecidibilità, di "paura senza sbocco", che rappresenta di fatto una situazione

traumatica che porta al consolidamento di un modello operativo interno frammentato e a una vulnerabilità agli stati dissociativi della mente.

Comunemente l'attivazione del sistema di attaccamento disorganizzato si conclude nell'esperienza della depersonalizzazione, che corrisponde alla condizione di disattivazione e di distacco dissociativi.

Poiché una persona con questa tipologia di attaccamento non potrebbe avere relazioni di intimità o comunque di riferimento sociale senza provare stati caotici di depersonalizzazione, sin dalla prima infanzia è necessario individuare delle strategie che consentano di attivare il meno frequentemente possibile quelle procedure relazionali implicite che portano ad avvicinarsi all'altro con finalità di accudimento, sostegno, e affidamento.

In questo caso si parla di strategie di riorganizzazione: riorganizzazione punitiva, sottomessa, protettiva, autarchica e sessuale.

Nel caso delle riorganizzazioni punitiva e sottomessa il bambino impara ad utilizzare le procedure di comportamento prescritte dalle motivazioni agoniste al posto di quelle dell'attaccamento per mantenere una relazione di prossimità con il caregiver: la prima corrisponde ad atteggiamenti che hanno lo scopo di assumere un rango dominante nella relazione e la seconda si riferisce all'attivazione della subroutine di sottomissione del sistema agonista.

Altre volte l'attaccamento viene disattivato in favore del sistema di accudimento e in queste circostanze il bambino impara a prendersi cura della propria figura di attaccamento, attuando una riorganizzazione protettiva, con inversione dei ruoli genitore-figlio.

Nella riorganizzazione autarchica viene mantenuta una distanza emotiva di sicurezza dalle relazioni, in modo di non rischiare di attivare il sistema dell'attaccamento, mentre in altri casi sono le motivazioni sessuali a prescrivere le modalità di avvicinamento e relazione con il caregiver.

Nel presente lavoro gli autori hanno voluto indagare la prevalenza della disorganizzazione dell'attaccamento in un campione di pazienti adulti in trattamento residenziale per un disturbo da uso di sostanze o di alcol.

Inoltre è stato eseguito un raffronto tra la popolazione che utilizza prevalentemente oppiacei e/o cocaina e la popolazione per la quale l'alcol è la sostanza principale con la quale hanno sviluppato una dipendenza.

Come già citato in Schindler *et al.* (2009, 2015) le ricerche sulla disorganizzazione dell'attaccamento non sono ancora molto frequenti nel campo delle dipendenze patologiche e quindi questo lavoro si propone di dare un contributo alla comprensione dell'eziologia multifattoriale alla base di questo disturbo.

Inoltre, per quanto, nonostante alcuni tentativi (cfr. Schindler *et al.*, *op. cit.*) abbiano cercato di connettere pattern di attaccamento e tipologia di sostanza assunta, ancora non è chiaro se determinati modelli operativi interni predispongano all'utilizzo di specifiche sostanze, oppure se questa associazione non sia significativa.

Il confronto tra pazienti alcolisti e pazienti dipendenti da eroina si propone di valutare se la presenza di modelli operativi disorganizzati sia più frequentemente alla base della dipendenza da alcol oppure nei pazienti che usano sostanze oppiacee e psicotropici come la cocaina.

Inoltre viene considerata l'ipotesi che l'uso di sostanze possa essere accostato alle forme di riorganizzazione sopra ricordate, nel senso che nei soggetti in cui prevale il pattern di attaccamento disorganizzato l'uso di sostanze ha una funzione disattivante nei confronti delle esperienze di depersonalizzazione che emergono nel momento in cui le contingenze evolutive portano a sintonizzarsi su tematiche di attaccamento.

In altri termini la funzione principale delle sostanze d'abuso consiste nel prevenire l'attivazione dell'attaccamento, cioè del sistema motivazionale che permette di promuovere relazioni interpersonali favorevoli allo sviluppo individuale.

Casistica e strumenti

Tutti i pazienti del campione di ricerca sono stati reclutati all'interno di strutture residenziali per il trattamento delle tossicodipendenze all'interno delle quali lavorano alcuni degli autori del presente lavoro; è stata fatta la scelta di radunare solo pazienti di sesso maschile, in quanto i pazienti di genere femminile era numericamente molto ridotti (poche unità) e non avrebbero avuto rilievo nelle considerazioni relative al presente lavoro.

Sono stati selezionati 60 pazienti la cui età media è 39.9 DS 8,93. Di questi 28 sono dipendenti da alcol, e 32 dipendenti da oppiacei e cocaina.

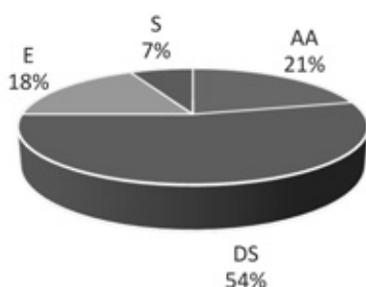
Siamo consapevoli che è raro che un paziente selezionato in un contesto di comunità terapeutica non abbia sperimentato oltre all'alcol anche altre sostanze stupefacenti illegali e, viceversa pazienti che utilizzino oppiacei e cocaina non abusino anche di alcol; tuttavia i pazienti definiti come alcol-dipendenti erano stati inseriti nelle strutture residenziali a causa delle problematiche connesse a questa sostanza, mentre negli altri soggetti la dipendenza da sostanze illegali rappresentava il sintomo principale.

Per la misura dei modelli operativi interni, a questi pazienti è stato somministrato il Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby (1976), nella versione modificata e validata per l'Italia da Attili (2001).

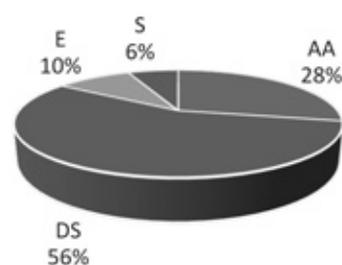
Tutti i pazienti, al momento dell'esecuzione del test si trovavano in una condizione di compenso psichico e di remissione della sintomatologia connessa all'intossicazione o all'astinenza dalle sostanze. Il SAT è un test semi-proiettivo, indirizzato a bambini e adolescenti, ma utilizzabile anche con gli adulti, che valuta gli assetti mentali relativi all'attaccamento attraverso le reazioni emotive che vengono ipotizzate come risposte ad eventuali separazioni dalle figure di attaccamento, ovvero coloro che garantiscono al bambino, e in generale al soggetto, la protezione e la cura. Le risposte dei soggetti vengono poi riportate ad 8 classi quali *Attaccamento*, *Manca di autostima*, *Ostilità*, *Fidarsi di sé stesso*, *Evitamento*, *Ansia*, *Ansia incontrollabile/Angoscia*, *Confusione*. Attraverso la somma dei punteggi ottenuti per ciascuna classe è possibile arrivare ad una classificazione dei modelli mentali dell'attaccamento dei soggetti in termini di Sicuri, Ambivalenti, Evitanti, Disorganizzati (per i dettagli relativi allo scoring, si veda Attili, 2001, pp. 59-62).

Fig. 2

TIPO DI ATTACCAMENTO E ASSUNZIONE DI ALCOOL



TIPO DI ATTACCAMENTO E ASSUNZIONE DI EROINA E COCAINA



Ciò che può rendere stimolante l'uso di questo test è la certezza di ottenere informazioni molto interessanti e valide in tema di comprensione della tipologia di attaccamento del soggetto esaminato.

Tale test può essere inoltre impiegato in ambito clinico, con la finalità di comprendere eventuali angosce che possono affliggere il soggetto nel momento di allontanamento (reale o simbolico) dalle sue figure di attaccamento, con l'obiettivo di avanzare un adeguato intervento nella gestione delle emozioni durante tali episodi, che si verificano spesso nel contesto residenziale che abbiamo descritto.

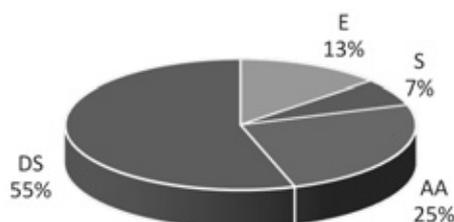
Risultati

Nella Figura 1 vengono illustrate le percentuali di distribuzione dei diversi pattern di attaccamento risultati dalla somministrazione del SAT.

L'attaccamento disorganizzato prevale nettamente sulle altre tipologie di attaccamento, oltrepassando la metà del campione esaminato: 55%; l'attaccamento ansioso-ambivalente è rappresentato in un quarto circa dei casi, 25%. Seguono i pattern evitanti e sicuri, presenti rispettivamente con il 13% e il 7%.

Fig. 1

TIPO DI ATTACCAMENTO



Sono quindi stati raggruppati e confrontati per la distribuzione dei pattern di attaccamento i pazienti alcolisti e i pazienti dipendenti da cocaina/eroina, allo scopo di individuare una possibile differenziazione dei due gruppi rispetto alla disorganizzazione dell'attaccamento, che è stata ipotizzata essere un cofattore importante di vulnerabilità per lo sviluppo di una dipendenza da sostanze.

I risultati evidenziati nella Figura 2 evidenziano che, in entrambi i casi, la percentuale maggiore è di attaccamento disorganizzato.

zato (54% per i pazienti alcol-dipendenti e 56% per i pazienti tossicodipendenti), seguono l'attaccamento ansioso-ambivalente (21% nel primo caso e 28% nel secondo), l'attaccamento evitante con il 18% nei casi di alcol-dipendenza e il 10% in quelli di tossicodipendenza, infine, l'attaccamento sicuro che si trova in una bassa percentuale in entrambi i casi (7% per i pazienti alcol-dipendenti e 6% per quelli tossicodipendenti).

Si può notare che il pattern ansioso-ambivalente prevale nei tossicodipendenti e quello evitante negli alcolisti.

Successivamente sono state messe in correlazione le qualità della relazione madre-figlio, desunte dalle verbalizzazioni dei pazienti durante i percorsi psicoterapeutici sostenuti all'interno delle strutture residenziali che li ospitavano e raggruppate in cinque tipologie definite in base alla terminologia che meglio sintetizzava lo schema relazionale prevalente consolidatosi nel tempo tra il paziente e la propria madre: maltrattante; anaffettiva; invischiante; assente; positiva.

La distinzione tra madri assenti e madri anaffettive si basa sulla non presenza delle prime rispetto alla non responsività delle seconde.

I risultati sono illustrati nella Figura 3, dove si può notare la correlazione netta tra relazione maltrattante e disorganizzazione dell'attaccamento (100%) e che l'unica modalità relazionale in cui prevale la presenza di un pattern insicuro organizzato è quella invischiante, dove l'attaccamento ansioso ambivalente è presente in percentuale maggiore, anche se in misura non significativa (38%) rispetto a quello disorganizzato (35%).

Madri anaffettive e assenti sembrano causare una percentuale simile di attaccamenti disorganizzati (69% nel primo caso; 67% nel secondo caso), ma si correlano in modo diverso rispetto alla presenza degli altri tipi di attaccamento.

Le madri assenti, assieme a quelle invischanti, causano la presenza di attaccamenti ansiosi ambivalenti in percentuale mag-

giore, rispetto a quelle anaffettive (22% e 38% contro l'8%) ed evidenziano anche una percentuale di attaccamento sicuro (11% per le madri assenti e 10% per le madri invischanti), che non si riscontra nella relazione con le madri anaffettive.

Un solo paziente ha descritto la relazione con la madre in termini positivi, pur con un riscontro di attaccamento ansioso-ambivalente.

Lo stesso procedimento è stato eseguito per la relazione padre-figlio, utilizzando le stesse tipologie descritte per la relazione tra i pazienti e le rispettive madri.

Abbiamo distinto i padri assenti da quelli anaffettivi in quanto i primi sono assenti fisicamente, per un lutto, per avere abbandonato la famiglia, per prolungate carcerazioni o comunque interessati ai propri obiettivi personali e non a quelli familiari.

Il padre anaffettivo è invece un padre che non riesce a declinare una offerta affettiva coerente con il proprio ruolo, che risulta quindi svuotato di senso rispetto all'efficacia delle mansioni paterne.

I risultati sono illustrati nella Figura 4.

Si nota come i pattern disorganizzati siano sempre quelli che si correlano più frequentemente con una relazione disfunzionale anche nel caso del rapporto padre-figlio.

Colpisce come questo si verifichi anche nel caso di una relazione descritta come positiva dal paziente, anche se la percentuale di disorganizzazione è inferiore e equilibrata rispetto ai pattern insicuri-organizzati.

Nello specifico, troviamo pattern disorganizzati in percentuale maggiore nei casi di relazioni con padri descritti dai pazienti come anaffettivi (69%), percentuale identica a quella con le madri anaffettive.

Un dato interessante, se correlato con i risultati relativi al rapporto tra i pazienti e le proprie madri è la minor percentuale di attaccamenti disorganizzati correlata con i padri maltrattanti

Fig. 3

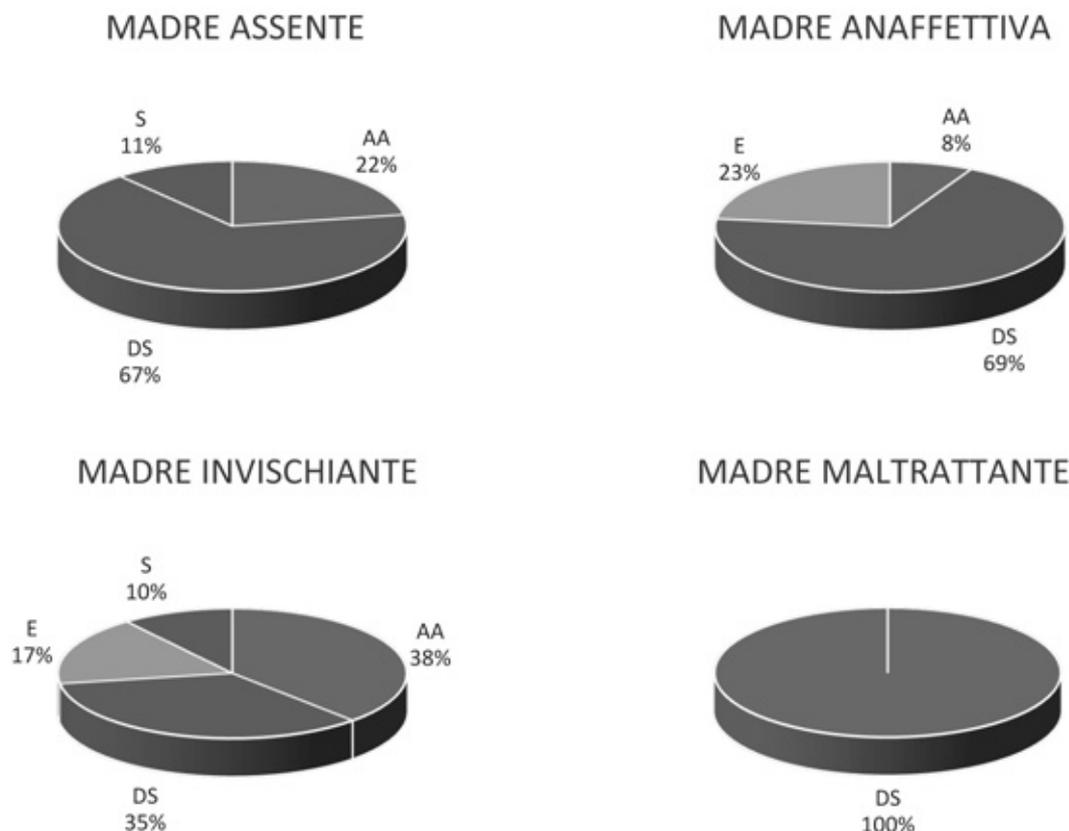
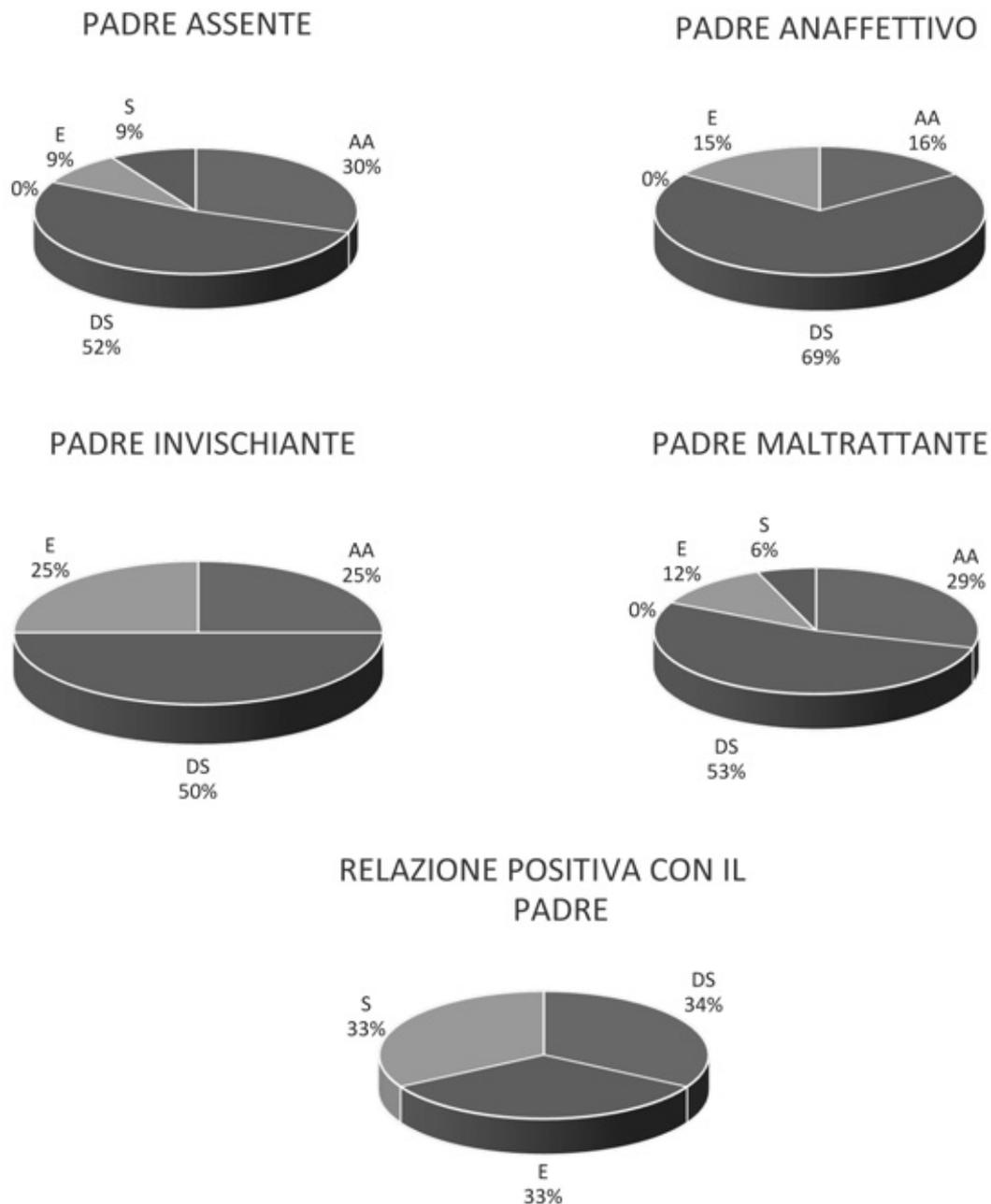


Fig. 4



(53% contro il 100% di disorganizzazione con le madri maltrattanti).

Rimanendo sul tema della fenomenologia della relazione tra genitori e figli, se raggruppiamo le diverse categorie, troviamo che nella relazione madre-figlio il raggruppamento invischiante/anaffettivo è quello più rappresentato, rilevabile nel 70% del campione.

Nella relazione padre-figlio il raggruppamento assente/maltrattante è quello più frequente, presente nel 67% dei casi.

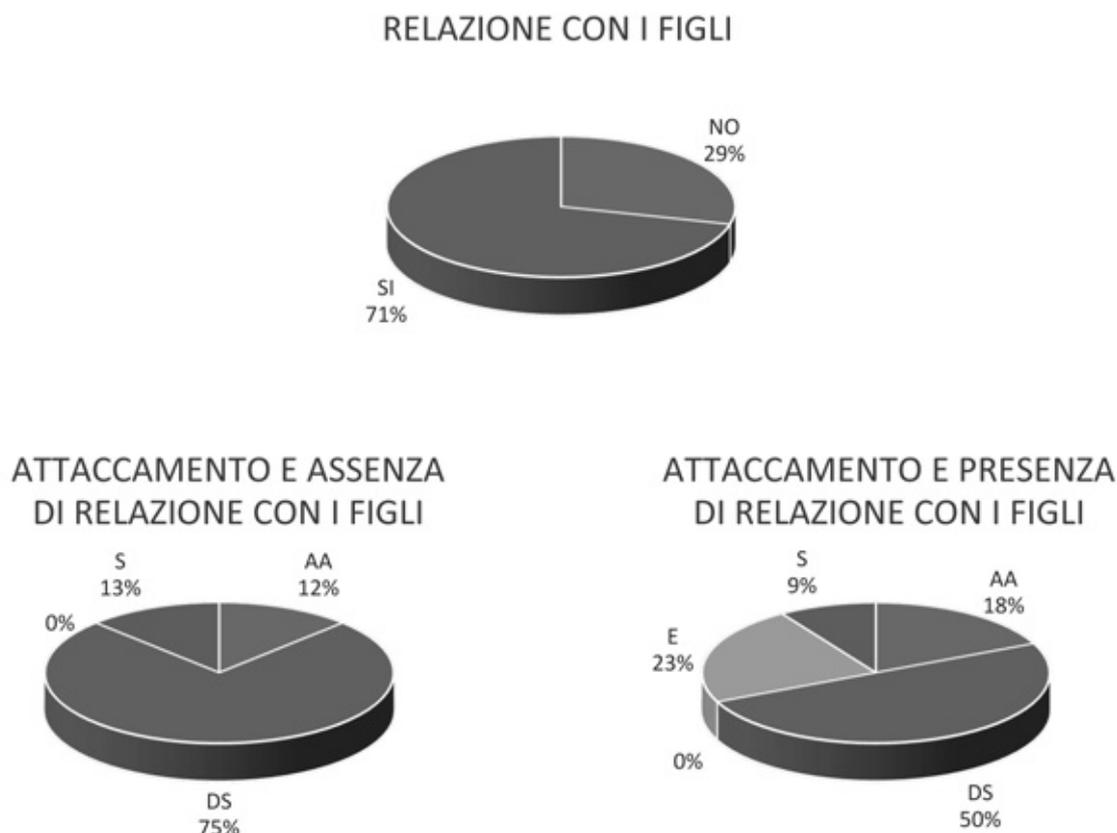
Il padre assente/maltrattante e la madre invischiante sono le descrizioni più "classiche" della letteratura in materia di tossicodipendenza; è invece da sottolineare la non trascurabile presenza di descrizioni di madri assenti e anaffettive, che forse non fanno altro che mettere in luce sfaccettature differenti di un caregiving inadeguato con forti potenzialità disorganizzanti.

Non è azzardato accostare queste tipologie (invischiante e anaffettiva) alle modalità di caregiving *Hostile/Helpless* individuate dalla Lyons Ruth (op. cit.).

Si possono ricordare anche le ricerche effettuate con il PBI (Torresani *et al.*, 2000) in cui l'invischiamento e l'anaffettività erano rappresentate entrambi nella voce "controllo anaffettivo" in cui si collocavano la maggior parte delle madri dei campioni.

Sono stati quindi presi in considerazione i pazienti che sono a loro volta padri, mettendo in correlazione il loro pattern di attaccamento con il tipo di relazione che hanno con i propri figli, limitando l'indagine a due raggruppamenti oggettivamente rilevabili: i padri che hanno mantenuto una relazione con i propri figli e quelli che l'hanno persa del tutto (Figura 5).

Il dato interessante è osservare come i padri tossico e alcol-dipendenti che non sono riusciti a mantenere una relazione con i propri figli presentano una percentuale maggiore di attaccamento disorganizzato (75%) rispetto a quelli che la mantengono (50%). Questi ultimi, inoltre, presentano anche in minima parte, un attaccamento sicuro (9%) ed evitante (23%), che non è rilevabile nel gruppo di padri che non hanno più relazioni con i propri figli.



Discussione

Alcune considerazioni sui dati.

La fascia di età più rappresentata è quella degli over 40, come ci si può aspettare dalla casistica selezionata in contesti residenziali, dove approdano spesso soggetti pluritrattati, con una storia di tossicodipendenza prolungata.

Tuttavia la stessa percentuale si ottiene sommando i pazienti tra i 22 e i 40 anni, a suggerire che il fenomeno della dipendenza da sostanze, alcol compreso, è ancora attivo a livello sociale e coinvolge sempre nuovi soggetti.

Bisogna tenere inoltre in considerazione che gli alcolisti arrivano al trattamento più tardi, come suggerisce la differenza di età media tra gli alcolisti e i tossicodipendenti.

Per quanto riguarda la diagnosi di comorbidità, meno del 30% dei soggetti esaminati aveva un'evidenza clinica di una sindrome psichiatrica associata all'uso di sostanze, in linea con i riscontri classici della letteratura (cfr. ad es. Dixon, 1991, 1999; Shaner *et al.*, 1993; Cantwell *et al.*, 1999; Zimberg, 1999; Maremmani, 1999), che evidenziano percentuali variabili di disturbi di Asse I (DSM IV, 1994) compresi tra il 20 e il 50% e la presenza virtuale di disturbi della personalità (Asse II secondo il DSM IV) nella quasi totalità dei casi, quando la diagnosi viene effettuata all'interno dei contesti di cura per le dipendenze patologiche (cfr. ad es. Grilo, 1997; Skodol *et al.*, 1999).

Rispetto al pattern di attaccamento, i disorganizzati sono più rappresentati e questo non stupisce, analogamente alla maggior parte dei campioni clinici (cfr. ad es. Liotti, 1992; Liotti e Farina, 2011; Crittenden, 1999; Attili, 2007) tra gli insicuri organizzati prevalgono i pattern ansioso-ambivalente, aspetto che si può connettere con alcune osservazioni della letteratura che assegnano alla personalità borderline (diagnosi frequente tra i tossicodipendenti) un pattern di questo tipo (Linhean, 1993).

Un certo interesse è suscitato dalla percentuale non trascurabile (17%) di soggetti che raggiungevano un punteggio al SAT che permetteva di diagnosticare una disorganizzazione dell'attaccamento, anche se la maggior parte delle risposte rivelavano strategie operative di tipo evitante.

È possibile che in questi casi, nel corso dello sviluppo, si sia verificata una parziale riorganizzazione, che non sia però arrivata al punto da disattivare il sistema dell'attaccamento oppure che sia intervenuta una serie di esperienze riparative, ma non sufficienti per consolidare un pattern insicuro-organizzato.

Se sommati al gruppo degli evitanti organizzati questo gruppo raggiunge una percentuale sovrapponibile agli ansioso-ambivalenti, mettendo in luce che le due strategie (E e AA) sono utilizzate in misura equivalente, ma che quella evitante sembra meno "efficace", o meglio si riferisce a una percentuale più ristretta di pazienti in grado di utilizzare difese distanzianti che richiedono un miglior funzionamento dell'emisfero sinistro (per es. pazienti narcisisti).

Dall'analisi dei dati emerge che le strategie evitanti sono più rappresentate tra gli alcolisti rispetto ai tossicodipendenti che sono in gran parte disorganizzati e ansioso-ambivalenti.

Sembra quindi che gli alcolisti del nostro campione siano più frequentemente autarchici, meno propensi a chiedere un trattamento, coerentemente al dato della loro più elevata età media, come già messo in evidenza.

Le correlazioni tra il tipo di relazione descritta dal paziente con la propria madre sembrano predittive del tipo di pattern di attaccamento.

Non abbiamo il dato del pattern delle madri, ma la descrizione fatta dai pazienti si rivela comunque valida: le madri maltrattanti sono correlate a pazienti esclusivamente disorganizzati; le madri invischianti a pazienti più frequentemente ansioso-ambivalenti, le madri assenti a pazienti più spesso disorganizzati ma

con percentuali equilibrate tra strategie evitanti e ansioso-ambivalenti; le madri anaffettive invece si correlano a pazienti con prevalenza di strategie disorganizzate ed evitanti. Le madri sono infine descritte come positive solo da un paziente con un attaccamento ansioso-ambivalente, una strategia che maggiormente permette di apprezzare e sperimentare le componenti emozionali di una relazione, anche se fatica a regolarne l'intensità.

Per quanto riguarda le relazioni con il padre, i padri anaffettivi si correlano allo sviluppo di strategie prevalentemente evitanti e a disorganizzazione, come nel caso delle madri; il padre assente si correla a pazienti che sono in maggioranza disorganizzati e ansioso-ambivalenti, a differenza delle madri in cui le strategie organizzate erano più equidistribuite; questo aspetto si ritrova nella relazione con un padre invischiante, anche se il pattern decisamente preponderante (50%) è quello disorganizzato; il padre maltrattante sembra dare luogo a minore disorganizzazione e lascia spazio a strategie più organizzate (41% tra evitanti e ansioso-ambivalenti); infine la relazione positiva con il padre non riesce a risparmiare i due terzi dei pazienti che così la descrivono, dalla disorganizzazione o dall'impiego di strategie evitanti.

Prendendo in considerazione i *padri* tossicodipendenti/alcolisti, il pattern di attaccamento è prevalentemente disorganizzato con una rappresentanza di insicuri organizzati equamente distribuita tra evitanti e ansioso-ambivalenti.

I padri che mantengono una continuità di relazione con i propri figli sono percentualmente meno disorganizzati di quelli che hanno perso la relazione con i figli e sviluppano in buona percentuale strategie evitanti.

Sembra contraddittorio il dato relativo ai pattern sicuri, più numerosi nei genitori che non hanno più rapporti con i figli, che rappresentano però un numero molto esiguo e non rappresentativo.

Conclusioni e considerazioni cliniche

I dati raccolti dal lavoro degli autori si allineano ai risultati dei lavori precedentemente citati che hanno riscontrato una correlazione costante tra dipendenza da sostanze e attaccamento insicuro. Inoltre l'utilizzo di uno strumento come il SAT che offre indicazioni anche per i modelli operativi interni disorganizzati, ha permesso di rilevare come la maggior parte dei pattern insicuri della casistica testata è significativamente rappresentata da quelli disorganizzati.

La vulnerabilità alla presenza di stati di depersonalizzazione connessa con la disorganizzazione dell'attaccamento rende i soggetti esposti all'impiego delle sostanze con finalità di *self-therapy*. Pensare in termini di attaccamento consente di avanzare delle ipotesi riguardo alla specificità dell'effetto delle sostanze: le sostanze psicostimolanti sono in grado di disattivare la componente "base sicura" del sistema dell'attaccamento e spostare le motivazioni sul piano assertivo/agonista. Le sostanze oppiacee simulano una riorganizzazione autarchica e disattivano globalmente il bisogno di relazioni di vicinanza e intimità.

L'alcol può avere probabilmente un effetto bifasico, inducendo inizialmente stati mentali generati da motivazioni assertive e agoniste e secondariamente, nelle fasi più avanzate e cronicizzate della dipendenza, l'effetto dell'alcol sembra determinare stati di progressivo ritiro relazionale.

Ciò che accomuna le varie sostanze d'abuso è la capacità di spostare le motivazioni di attaccamento e i relativi stati di depersonalizzazione connessi alla disorganizzazione dell'attacca-

mento verso altri sistemi motivazionali, dall'attivazione dei sistemi motivazionali assertivo e agonista, fino alla disattivazione globale del sistema dell'attaccamento.

Dal punto di vista clinico conoscere il pattern di attaccamento del paziente può essere predittivo per il terapeuta dello stile relazionale che il paziente adotterà anche nella relazione terapeutica.

Ad esempio, da persone con stile di attaccamento evitante, caratterizzate da distanza emotiva e distacco nelle relazioni, ci si può facilmente attendere un atteggiamento formalmente molto collaborante ed adeguato ma caratterizzato da colloqui sempre uguali e da una grande difficoltà ad accedere a livelli emotivi più profondi.

Questo stile emotivo e relazionale ha alla base il tentativo di prendere le distanze dai propri stati interni che in una relazione di accudimento emotivamente distanziante non sono stati considerati e in cui oggi nel paziente è rimasta l'aspettativa che verranno nuovamente ignorati.

Sappiamo però che tale barriera difensiva causa ansia, dolore e un profondo senso di solitudine. Compito del terapeuta in questi casi sarà quello di cogliere i deboli segnali di malessere espressi nel colloquio, legittimare il senso, accoglierli e restituirli come importanti stati emotivi da ascoltare e a cui dare importanza.

Ovviamente sottovalutare questi deboli segnali riconfermerebbe al paziente il pensiero della non validità delle proprie emozioni. In modo del tutto diverso i pazienti con stile di attaccamento ansioso ambivalente appaiono fortemente tormentati e irrisolti nella gestione delle loro emozioni di ansia, inadeguatezza, rabbia e paura.

Sono spesso molto richiedenti a causa di un bisogno incolmabile di attenzioni, che li spinge ad esagerare i propri bisogni, tendendo allo stesso tempo a vedere nell'operatore una scarsa disponibilità che li porta a provare collera nei suoi confronti.

In questi casi risulterà importante riuscire ad accogliere il senso delle loro emozioni fornendo al tempo stesso un contenimento (per esempio: "Capisco che adesso per te questa cosa è molto urgente e che stai molto male e che quello che senti ha delle ragioni, ma non si può fare adesso"). Questo tipo di risposta terapeutica può aiutare i pazienti con un pattern ansioso-ambivalente a diventare più capaci di riconoscere le proprie parti infantili trascurate e richiedenti e a imparare a gestirle e modularle attraverso l'attivazione di parti adulte autonome e competenti.

Al contrario, una risposta rifiutante e irritata alle continue richieste riconfermerebbe l'aspettativa di rifiuto del paziente mantenendo attive le parti insicure e l'attaccamento ansioso ambivalente.

Più complessa è la gestione dei pazienti con stile di attaccamento disorganizzato caratterizzati da profonda angoscia e parti interne dissociate fortemente in contrasto fra loro che danno origine a comportamenti oscillanti ed incoerenti (Karpman, 1968). La grande difficoltà che i terapeuti si trovano ad affrontare con pazienti con questo stile di attaccamento è quella di riuscire a trovare un equilibrio fra favorire e permettere una relazione accogliente e sicura e la consapevolezza che questa attiverà probabilmente nel paziente una reazione di paura e difesa nei confronti della relazione stessa, con probabile tentativo di fuga.

A questo riguardo portiamo l'esempio clinico di un paziente, Filippo, il cui stile di attaccamento era stato caratterizzato dalla presenza di una figura materna trascurante, svalutante e aggressiva e una figura paterna periferica soprattutto sul piano relazionale ed affettivo.

Presentava tratti di personalità di tipo borderline con parti narcisistiche e autarchiche che si alternavano a parti estremamente

svalutanti di sé, dipendenza da sostanze e agiti autolesionistici. La relazione terapeutica è iniziata in un buon clima di affidamento da parte del paziente che ha condiviso il dolore, la rabbia e il senso di sopraffazione della propria storia personale.

Dopo qualche tempo però ha cominciato ad emergere una grande rabbia che ha implicato un blocco nel lavoro terapeutico e una forte sensazione di impotenza nel terapeuta.

Comprendere che la rabbia e il conseguente blocco nella relazione terapeutica fossero connessi allo stile di attaccamento disorganizzato è stato fondamentale per poter sbloccare l'impasse in cui ci si era venuti a trovare: il terapeuta ha cioè ipotizzato che Filippo nelle sue prime fasi di sviluppo avesse sperimentato un grande conflitto tra il sistema motivazionale di attaccamento che lo spingeva ad affidarsi al caregiver e il sistema motivazionale di difesa che lo spingeva, al contrario, ad allontanarsi da esso perché spaventante e non capace di rispondere ai suoi bisogni.

Sperimentare, a distanza di 35 anni, la possibilità di affidarsi al terapeuta ha probabilmente riattivato quello stesso conflitto insanabile fra desiderio di affidarsi ed essere amato e allo stesso tempo paura, rifiuto e allontanamento da quella stessa relazione. Ciò che il terapeuta ha ipotizzato che stesse accadendo sotto i suoi occhi era proprio la difficoltà e la rabbia del paziente di non poter trovare un equilibrio fra queste opposte spinte motivazionali che avevano fino ad allora governato la sua vita impedendone la possibilità di avere delle relazioni affettive stabili e durature.

Un momento importante è stato quello in cui il terapeuta ha spiegato la propria ipotesi al paziente che ha ascoltato in silenzio, con grande concentrazione e commozione, come se finalmente fossero state trovate le parole e le ragioni che spiegassero quello che da sempre sentiva.

Questo passaggio si è rivelato fondamentale per la relazione terapeutica poiché ha permesso il proseguimento del lavoro clinico con una scomparsa delle emozioni di rabbia e allo stesso tempo con la possibilità da parte di Filippo di dire quanto desiderasse proseguire il lavoro terapeutico e allo stesso tempo esplicitare che ne aveva paura, paura di perderlo, paura di essere rifiutato.

Condividere con il paziente una rilettura dei propri agiti automatici (Janet, 1889) in termini di attaccamento, gli ha permesso di comprendere e dare un senso ai propri comportamenti e, passando attraverso un processo di mentalizzazione, poterli verbalizzare e in qualche modo riconoscere e controllare, anziché agirli impulsivamente e inconsapevolmente.

La somministrazione del SAT in soggetti tossicodipendenti si è rivelato uno strumento in grado di riattivare in maniera "controllata" le memorie affettive, attraverso immagini che permettono di avvicinarsi gradualmente alle tematiche dell'attaccamento, anche grazie alla "messa in sicurezza" del paziente nel contesto di cura in cui è stato somministrato.

In conclusione, la conoscenza dello stile di attaccamento del paziente può aiutare il terapeuta a comprendere emozioni e comportamenti che si verificano durante la terapia; a evitare il rischio di riprodurre e riconfermare indirettamente al paziente i suoi modelli operativi interni riattivandone l'attaccamento disfunzionale; a sapere quale può essere la risposta più adeguata al fine di rendere anche il paziente più consapevole del proprio funzionamento emotivo, cognitivo e comportamentale in modo che possa diventare più capace di trovare strategie di regolazione e controllo dei propri stati mentali.

Inoltre parlando di contesti residenziali, il costruito dell'attaccamento/accudimento si declina attraverso un linguaggio ateorico,

facilmente trasferibile agli educatori ed operatori che si trovano a relazionarsi con i pazienti in vari momenti della giornata, non tutti strutturati come invece avviene nella situazione di colloquio strutturato.

La casistica che accede alle comunità residenziali presenta una gravità importante e quindi costruire relazioni e alleanze con questi pazienti è ancora più complesso, in questo la conoscenza del MOI permette di dare linee di intervento il più possibile corrette per lavorare con il paziente.

Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2008). Trad. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2010.
- Attili G. (2001). *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Versione modificata e adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT). Milano: Unicopli.
- Attili G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bartholomew K., Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2): 226-44.
- Bateman A. W., Fonagy P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Becoña Iglesias E., del Río E.F., Calafat A., Fernández-Hermida J.R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Addiciones*, 26(1): 77-86.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogart Press (trad. it. *Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Fear and Anxiety*. London: Hogart Press (trad. it. *Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge (trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Cantwell R., Brewin J., Glazebrook C., Dalkin T., Fox R., Medley I., Harrison G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 174.
- Caspers K.M., Yucuis R., Troutman B., Spinks R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(32): 1-10.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2016). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Crittenden P. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Palo F., Capra N., Simonelli A., Salcuni S., Di Riso D. (2014). Parenting quality in drug-addicted mothers in a therapeutic mother-child community: the contribution of attachment and personality assessment. *Frontiers in Psychology*, Articolo 1009, 5, settembre.
- Dixon L., Haas G., Weiden P.J., Sweeney, Frances A.J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148(2): 224-230.
- Dixon L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35(Supplement 1): 93-100.
- Fonagy P., Target M. (1995). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Fowler J.-C., Groat M., Ulanday M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *American Journal of Addiction*, Jan, 22(1): 14-7.
- George C., Kaplan N., Main M. (1985). *Adult Attachment Interview*, manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA.

- Gerra G., Leonardi C., Cortese E., Zaimovic A., Dell'Agnello G., Manfredini M. (2007). Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4): 601-610.
- Gerra G., Leonardi C., Cortese E., Zaimovic A., Dell'Agnello G., Manfredini M. (2008). Adrenocorticotrophic hormone and cortisol plasma levels directly correlate with childhood neglect and depression measures in addicted patients. *Addiction Biology*, 13(1): 95-104.
- Grilo C.M., Martino S., Walker M.L., Becker D.F., Edell W.S., McGlashan T.H. (1997). Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 154(9).
- Janet P. (1889). *L'automatismo psicologico*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- Karpman S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 26(7): 39-43.
- Linehan M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Liotti G. (1992). Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione ai disturbi funzionali della coscienza. In: Ammaniti M., Stern D. (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi* (pp. 219-232). Bari: Laterza.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth K., Dutra L., Schuder M.R., Bianchi I. (2009). Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione in età adulta. In: Williams R. (Ed.). *Trauma e relazioni* (pp. 313-343). Milano: Raffaello Cortina.
- Main M., Hesse E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. *Attachment across life cycle*. London-New York: Routledge.
- Mantovani A., Azzalin F., Fabbri M. (2015). Dipendenze e modelli operativi dell'attaccamento. *Dal Fare al Dire*, 2: 38-47.
- Maremmani I. (1999). Mantenimento metadonico. Dosaggio di stabilizzazione in pazienti con comorbilità psichiatrica. *Boll. Farmacodip. Alcolis.*, XXII(2).
- Monjaras M.A., Mayes L.C., Potenza M.C., Rutherford H.J.V. (2018). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*. doi: 10.1080/14616734.2018.1498113.
- Porges S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42: 123-146.
- Schindler A., Thomasius R., Petersen K., Sack P.M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3): 307-330.
- Schindler A., Broning S. (2015). A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Substance Abuse*, 36: 304-313.
- Shaner A., Khalsa M.E., Roberts L., Wilkins J., Anglin D., Hsieh S.C. (1993). Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry*, 150.
- Skodol A.E., Oldham J.M., Gallaher P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 156.
- Torresani S. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, Mar-Apr, 41(2): 123-9.
- Zimberg S. (1999). A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1): 47-51.

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

Centro antifumo UOC Ser.D. (Asp di Cosenza): storia di una esperienza decennale

Roberto Calabria*, Amerigo Giuseppe Rota**, Alessandro De Simone***

SUMMARY

■ *The study describes the care experience of smokers recruited in the Antismoke's Centre of the Ser.D. of Cosenza (ASP Cosenza-Calabrian Region) in 10 years of activity. The Centre has prepared a therapeutic care run supplementing the positive effects of the perfect medicine (varenicline) for the smoking cessation with a psico-educational approach looked at improving and at supporting the user addressing it towards a positive and ripe motivation to stop being smoked. There is in way, besides, the formulation of a protocol of agreement between the Antismoke's Centre and the local network of Pneumology and Cardiology centers to prevent and treat smoke-related pathologies.* ■

Keywords: *Addiction, Counselling, Antismoking center, Pharmacological treatment, Varenicline, Personalized program, Equipe.*

Parole chiave: *Dipendenza, Centro Antifumo, Trattamento farmacologico, Vareniclina, Programma personalizzato, Gruppo di lavoro.*

Introduzione

Il Centro Antifumo (Centro Trattamento Tabagismo - CTT) è stato istituito dall'ASP di Cosenza (Regione Calabria) presso la UOC Ser.D. di Cosenza nel mese di luglio dell'anno 2008 e compie quindi 10 anni di attività.

In questo articolo si restituisce il report di una esperienza decennale che è riuscita ad ottimizzare un percorso di cura efficace e singolare che ci ha consentito di raggiungere negli anni alte percentuali di successi terapeutici; circa il 50% dei pazienti ha smesso di fumare a fine trattamento.

Il Servizio rientra nei "Centri Antifumo" accreditati dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione Calabria ed è riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo per la comunità territoriale locale.

L'equipe altamente specializzata offre programmi personalizzati per smettere di fumare, avvalendosi di un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse competenze: medici, educatori, psicologi, ed infermieri.

Al Centro si rivolgono cittadini e anche personale di aziende che hanno introdotto il divieto di fumo nei luoghi di lavoro per attecchire alla normativa vigente: Legge 16 gennaio 2003 e/o in relazione alla valutazione dei rischi prevista dal D.lgs. 81/2008.

* Direttore f.f. U.O.C., Ser.D. ASP Cosenza.

** Educatore Professionale, Ser.D. ASP Cosenza.

*** Psicologo, Ser.D. ASP Cosenza.

Sono ormai noti e ben caratterizzati i danni, sia in acuto che in cronico, indotti dal fumo di sigaretta e i potenziali benefici legati alla cessazione di questa dipendenza.

Secondo ultime statistiche, elaborate dal Center for Disease Control, oltre il 70% dei fumatori desidererebbe smettere di fumare, il 45% ci prova e solo il 10% di questi ultimi riesce nell'intento. In questi ultimi 2-3 decenni sono state proposte numerosissime strategie, dal counselling alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, dagli interventi di informazione di massa al miglioramento del contesto psico-sociale, dalla naturopatia alla terapia farmacologica.

Tutte queste strategie, seppur contraddistinte da risultati e tassi di successo diversi, sono accumulate dall'elevato drop-out, ossia dall'incapacità del "paziente-fumatore" di completare il percorso terapeutico.

Per questo motivo, soprattutto in determinate categorie di pazienti a forte rischio, si è cercato di individuare terapie, con supporto farmacologico, in grado di garantire dei risultati in tempi abbastanza brevi, soprattutto se paragonati ad esempio alla psicoterapia.

Il tutto ha dato enorme impulso alla ricerca in ambito chimico-farmacologico, rivolta all'identificazione di molecole in grado di antagonizzare gli effetti della nicotina o di mimarne la psicoattività.

Terapia Farmacologica: VARENICLINA (meccanismo d'azione)

La Vareniclina, proposta dal centro antifumo, è il capostipite di una classe di farmaci, abbastanza recente, definita "agonista

parziale del recettore nicotinico dell'Acetilcolina", e figlia della ricerca chimico-farmaceutica orientata alla disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Alla base dell'efficacia clinica della Vareniclina, dimostrata dai primi studi di circa 3-4 volte maggiore rispetto alle più classiche terapie farmacologiche, vi è la capacità di interagire selettivamente con i recettori nicotinici cerebrali dell'Acetilcolina, riducendo così la dipendenza da Nicotina.

È stato infatti ipotizzato, ed osservato attraverso complesse tecniche di neuro-imaging, come la Nicotina possa interagire con specifici recettori neuronali per l'Acetilcolina, inducendo, a livello del sistema limbico, la produzione di dopamina.

L'attivazione del sistema dopaminergico nicotina-indotto, sembrerebbe rafforzare sensibilmente la dipendenza da fumo, proprio attraverso meccanismi neurochimici.

La Vareniclina, quindi, potrebbe, in presenza di Nicotina, competere con la stessa per il legame al recettore, e modulare l'attivazione del sistema dopaminergico, controllando così gli effetti di addiction indotti dal fumo di sigaretta ed in particolare dalla Nicotina.

Efficacia della Vareniclina

Nonostante la recente introduzione della Vareniclina nella terapia della disassuefazione da fumo di sigaretta, dai trial clinici attualmente presenti emerge l'efficacia clinica di questo principio attivo.

Più precisamente si è osservato, con percentuali sensibilmente maggiori rispetto ad altre terapie (come quelle a base di Bupropione), una significativa riduzione:

- del desiderio compulsivo di tabacco;
- degli effetti collaterali legati all'astinenza da fumo;
- degli effetti gratificatori associati all'assunzione della stessa nicotina;
- dal punto di vista statistico, si è osservato un incremento delle percentuali di pazienti in Astinenza Continua, ossia un incremento del numero di fumatori che, durante tutta la terapia farmacologica non hanno assunto nemmeno una sigaretta; positivo anche l'impatto sul mantenimento attivo dell'astinenza.

Nota sicuramente positiva, registrata nei vari studi, è stata la rapidità dell'efficacia d'azione della Vareniclina, garantendo un risultato apprezzabile già nei primi giorni di trattamento.

Tollerabilità della Vareniclina

Dai dati clinici, attualmente presenti, emerge la buona tollerabilità della terapia con Vareniclina, se effettuata secondo le opportune indicazioni mediche, e non prolungata più del necessario (tre mesi).

Gli eventi correlati generalmente più frequenti sono stati: cefalea, insonnia, nausea ed emicrania come hanno testimoniato anche gli utenti del centro Antifumo di Cosenza.

Nei primi giorni di trattamento, l'astinenza da Nicotina potrebbe tuttavia facilitare l'insorgenza di altri sintomi, che sembrerebbero regredire agevolmente nei giorni successivi.

L'efficacia e la buona tollerabilità della Vareniclina è stata osservata anche in categorie di pazienti psichiatrici, nei quali non si sarebbero osservati effetti collaterali diversi rispetto alla popolazione generale, sebbene persista la necessità di un'attenta supervisione medica.

Anche dal punto di vista farmacocinetico non sono state osservate interazioni farmacologiche degne di nota tra Vareniclina e altri farmaci, né variazioni clinicamente significative della sua biodisponibilità in pazienti con insufficienza renale o epatica. Non è invece nota al momento la tollerabilità di questo principio attivo durante la gravidanza e l'allattamento.

Programma personalizzato

Durante il primo incontro, fissato previo appuntamento telefonico, l'equipe esegue alcune valutazioni propedeutiche per definire il livello di dipendenza del singolo fumatore e pianificare il percorso terapeutico più adeguato.

Per migliorare l'efficacia dei trattamenti e per evitare per quanto possibile il disagio di un fallimento sono arruolati al trattamento solo quelle persone che dimostrano di essere altamente motivate a smettere di fumare o se carenti di motivazione, avviate ad un percorso specifico motivazionale.

I tabagisti che non dimostrano di avere adeguata motivazione misurata, secondo la scala della motivazione Prochaska e Di Clemente, saranno inviati a partecipare al gruppo AMA (Auto mutuo aiuto) gestito dallo Psicologo che, con una serie di appuntamenti a cadenza bisettimanale, motiva ulteriormente il paziente (problem solving e skills training) che, raggiunto uno stadio di motivazione adeguato (determinazione), è inviato successivamente al CTT per iniziare il percorso terapeutico di cura.

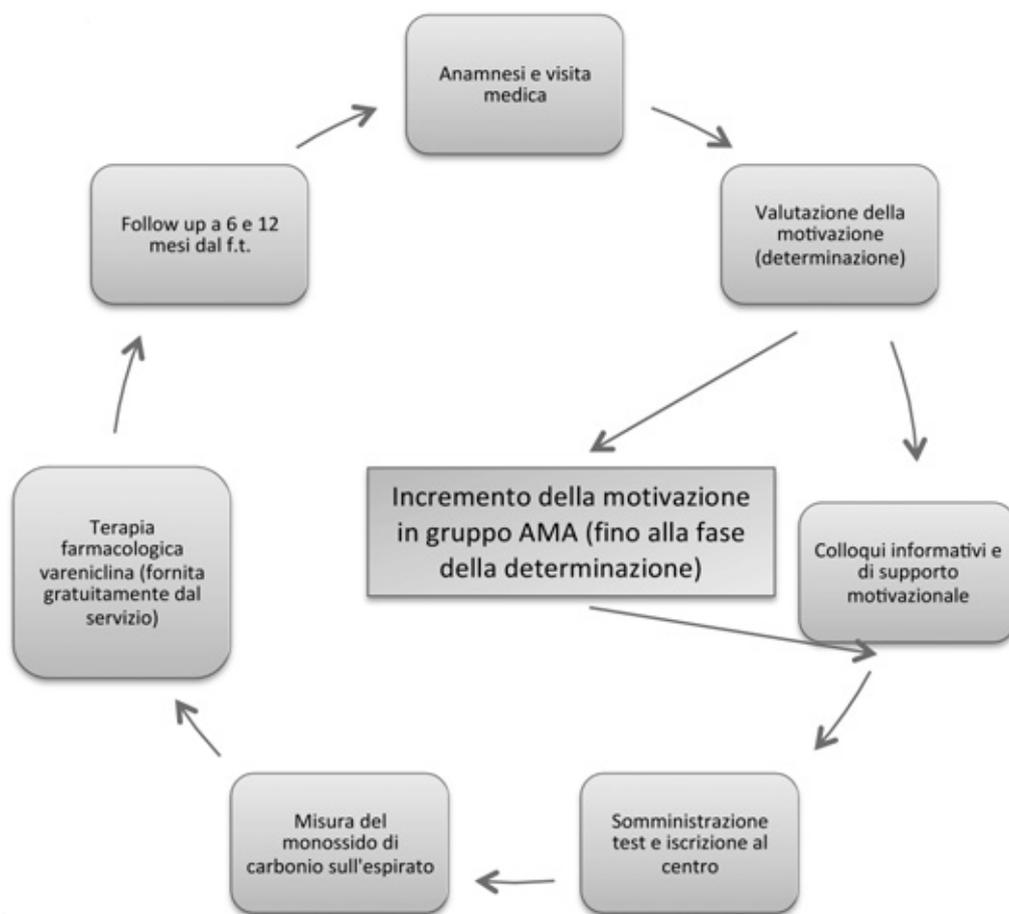
Fig. 1 - Ruota della Motivazione C. Prochaska J. Di Clemente



Il trattamento prevede una anamnesi con visita medica e valutazione della motivazione a smettere di fumare; in questa prima fase l'equipe decide di inserire il paziente nel percorso di cura prevedendo lo svolgimento delle seguenti fasi:

- anamnesi e visita medica;
- esecuzione o prescrizione di ulteriori esami diagnostici (prove di funzionalità respiratoria, elettrocardiogramma, radiografia del torace, TAC Torace...);
- colloquio informativo e motivazionale;
- iscrizione al CTT con compilazione scheda paziente;
- somministrazione dei test motivazionale e di Fargerstrom;
- counselling informativo su dipendenza da nicotina, dipendenza psicologica, gestuale e patologie correlate al fumo;
- trattamento farmacologico soltanto con vareniclina;
- per coloro che non possono o non vogliono assumere farmaci il servizio offre una calendarizzazione dello scalaggio programmato delle sigarette analogamente a quanto si fa per gli

Fig. 2 - Percorso terapeutico di cura



eroinomani con lo scalaggio programmato del farmaco sostitutivo;

- gruppi di *auto aiuto* specie per coloro che non assumono terapia farmacologica o, che terminano il percorso terapeutico con un fallimento, o che non risultano sufficientemente motivati;
- misurazione con apposito dispositivo sanitario del monossido di carbonio a inizio trattamento e a fine trattamento e, quando è previsto il follow up;
- sostegno e rafforzamento della motivazione.

Oltre a fornire prestazioni socio-sanitarie per la cura dei tabagisti gli operatori del centro, sono periodicamente impegnati in attività di *informazione* e di *prevenzione* rivolta alla popolazione generale sulle problematiche connesse al tabagismo e, sui trattamenti offerti dal CTT effettuata di solito mediante stand opportunamente predisposti ed attrezzati in punti strategici del territorio quali principali piazze dei centri urbani, nei pressi di edifici pubblici molto frequentati e, nei luoghi di lavoro specie in ambito sanitario per stimolare la promozione di ambienti di lavoro liberi dal fumo come già sperimentato con successo presso la sede direzionale dell'ASP di Cosenza e presso l'Ospedale Beato Angelo di Acri (Cs).

Sono stati inoltre effettuati ed altri sono previsti interventi e seminari di prevenzione nelle Scuole Pubbliche effettuati anche nel contesto di un programma specifico di prevenzione dalle sostanze psicoattive (dunque anche dalla nicotina) validato dalla Unione Europea denominato **Unplugged** che ha riscosso tra la popolazione scolastica interesse.

È in itinere anche la pianificazione di *programmi specifici* per le aziende sensibili a promuovere ambienti di lavoro liberi dal fumo mediante lo sviluppo dei seguenti punti:

1. valutazione della incidenza del problema fumo mediante la somministrazione a tutti i dipendenti di un questionario auto compilato, per acquisire informazioni e dati coerenti con le singole realtà e verificare la disponibilità dei fumatori ulteriormente motivati ad intraprendere i programmi di disassuefazione;
2. incontri di gruppo per informare, motivare e sensibilizzare i lavoratori sugli effetti del fumo sulla salute, sulle patologie correlate, sulle leggi vigenti e sui percorsi attivati dal Centro per smettere di fumare.

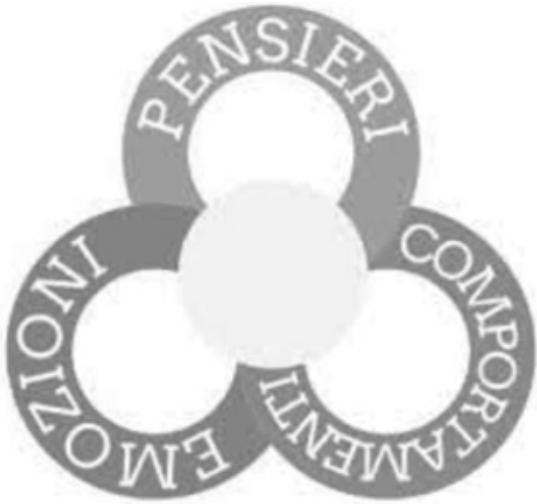
Nei colloqui preliminari con il paziente è centrale il *Counselling* mediante il quale si fornisce alla persona una accurata ed attenta informazione e un adeguato sostegno psicologico e motivazionale. Il Counselling è diretto ad aiutare l'utente in un momento di crisi incoraggiando il cambiamento del suo stile di vita proponendo azioni e comportamenti realistici e individuando risorse interne ed esterne su cui può contare per affrontare adeguatamente una situazione nuova e difficile.

A proposito si attuano prevalentemente due tipi di approcci:

1. un approccio terapeutico **cognitivo comportamentale** (TCC) dove il terapeuta tende a stimolare e produrre nel soggetto progressivamente piccoli ma concreti cambiamenti focalizzandosi sul presente (qui ed ora) orientati alla risoluzione dei problemi attraverso l'apprendimento di specifiche abilità.

Tale approccio è utilizzato con una buona efficacia di successo nel trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive e quindi anche dai dipendenti da nicotina (Kadden, 2002).

Fig. 3 - Approccio cognitivo comportamentale



Dove è necessario:

- razionalizzare i rapporti tra disagio e stress psico-sociale;
- registrare i sintomi e le strategie necessarie per fronteggiarle (maggiore conoscenza di se stessi);
- imparare a riconoscere alcuni pensieri come negativi e cercare di sostituirli con quelli positivi;
- imparare strategie cognitive e comportamentali adeguate ad evitare contesti socio-relazionali favorevoli alle ricadute.

2. **problem solving** che è un processo razionale e lineare che aiuta ad integrare le risorse logiche, critiche e creative per arrivare alla migliore e possibile soluzione del nostro problema.

Fig. 4 - Fasi del Problem Solving



Tale approccio prevede l'analisi e la risposta al bisogno di aiuto secondo una serie di processi consequenziali:

1. **problem finding**: percepire il fenomeno come evitabile;
2. **problem setting**: definire precisamente in problema nelle singole caratteristiche;
3. **problem analysis**: scomporre il problema in porzioni di problemi più facili da affrontare e risolvere;
4. **problem solving**: identificare le soluzioni analizzandone diverse alternative;
5. **decision making**: prendere decisioni in merito alle azioni da intraprendere;
6. **decision taking**: passare all'azione monitorando i risultati ottenuti.

Il Ser.D.: servizio fondamentale per la cura del tabagismo

Discussione

La dipendenza del tabagista è duplice: fisica dovuta alla assunzione di nicotina e gestuale, dovuto al rito dell'uso della sigaretta ripetuto più volte al giorno e strutturato negli anni.

La nicotina è una sostanza psicoattiva che rende gli utilizzatori dipendenti molto velocemente.

Nella ICD-10 (Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS) la diagnosi "dipendenza dal tabacco" è diagnosticata se sono soddisfatti tutti e sei i criteri elencati, di cui 3 comparsi negli ultimi 12 mesi:

- **sviluppo di tolleranza fisica**: bisogno di dosi notevolmente più elevate per ottenere gli effetti desiderati;
- **sintomi da astinenza fisica**: in caso di riduzione della quantità, cessazione del consumo o assunzione della sostanza per attenuare i sintomi da astinenza;
- desiderio forte o **compulsivo** di consumare tabacco;
- ridotta capacità di **controllarne il consumo** in termini di inizio, fine e quantità;
- **progressivo abbandono di altre attività** ed interessi a favore del consumo;
- **persistenza dell'uso della sostanza** nonostante una chiara evidenza di conseguenze dannose.

Il 70-80% di tutti i fumatori soddisfa i criteri per la dipendenza ai sensi della ICD-10.

In linea di massima si può affermare che maggiore è la dipendenza, minori sono le possibilità di riuscire a smettere di fumare.

Nella disassuefazione dal fumo tuttavia entrano in gioco anche tanti altri fattori (aspettativa di auto-efficacia, resistenza, supporto sociale, percezione del rischio, disturbi psichici ecc.). I sintomi da astinenza compaiono rapidamente e raggiungono un picco tra le 24 e le 48 ore. Da due a quattro settimane più tardi, i sintomi da astinenza fisica diminuiscono nuovamente. Il cosiddetto "craving" (forte desiderio di assumere la sostanza), quindi il bisogno compulsivo di fumare, può manifestarsi ancora di tanto in tanto per 2 o 3 mesi e dimostra la dipendenza fisica. Nel corso del tempo tuttavia l'intensità e la frequenza di forte desiderio diminuiscono.

I sintomi da astinenza da nicotina possono essere ben controllati attraverso la somministrazione di terapie farmacologiche adeguate (il Ser.D. somministra solo vareniclina).

C'è, inoltre, qualcosa per un fumatore, che è ben più difficile da affrontare oltre la dipendenza da nicotina: la **gestualità e la ritualità** legate al fumo.

Fig. 5 - Sintomi astinenza da nicotina

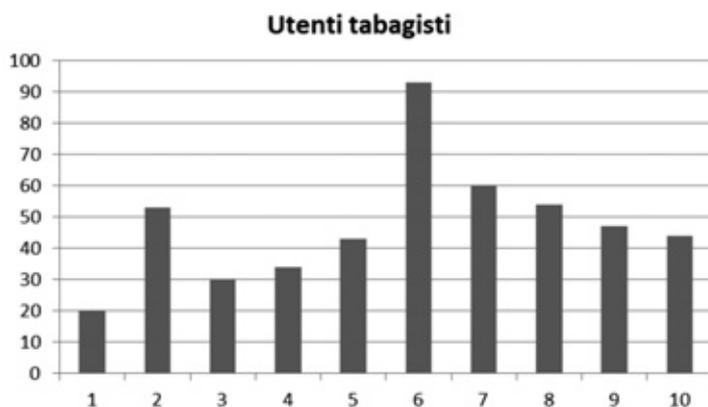
Sintomo	Durata	Presenza (%)
Vertigini	< 48 ore	10%
Disturbi del sonno	< 1 settimana	25%
Forte desiderio di fumare	< 2 settimane	60%
Irritabilità, aggressività	< 2-3 settimane	70%
Irritabilità, aggressività	< 4 settimane	50%
Depressione	< 4 settimane	60%
Irrequietezza	< 4 settimane	60%
Aumento dell'appetito	< 10 settimane	70%

Gli specialisti del settore sanno bene infatti che chi fuma associa alcune sensazioni, situazioni ed emozioni alla sigaretta. Non tanto al gusto, ma all'azione fisica, al gesto di fumare. Un'azione che ripetuta diverse volte al giorno, magari per anni, crea un'abitudine davvero dura da sradicare. Cambiare abitudini – per quanto in direzione positiva – è sempre uno stress, sia per la psiche che per il corpo. Stress che l'organismo affronta cercando conforto in qualcosa di rassicurante, conosciuto, come la sigaretta. Per questo il Counselling psico-educativo è fondamentale ed incisivo nel motivare il tabagista ad abbandonare la gestualità magari strutturando e gestendo il tempo libero in attività impegnative e gratificanti.

I numeri del Centro Antifumo del Ser.D. di Cosenza

Il centro è attivo da luglio 2008. In circa 10 anni di attività ha accolto e trattato circa 500 pazienti tabagisti. I pazienti si ricevono previo appuntamento telefonico o direttamente e, nel tempo, siamo riusciti a predisporre un percorso di cura efficace che ci ha portati a raggiungere ottimi risultati in ter-

Fig. 6 - Utenti tabagisti trattati ogni anno



mini di successi terapeutici; da circa 3 anni, infatti, circa il 50% dei tabagisti arruolati al centro smette di fumare a fine trattamento (fig. 7) e di questi, a 12 mesi dal fine trattamento, circa la metà ricade e inizia nuovamente a fumare (fig. 8).

Il percorso di cura proposto ai pazienti si è dimostrato utile ed efficace e, tra i punti di forza del centro sono stati sicuramente la **cessione gratuita del farmaco** e il Counselling psico-educativo che si è dimostrato il più delle volte molto incisivo e che è riuscito spesso ad incrementare la motivazione dell'utente a smettere di fumare facendo leva sui tanti aspetti positivi che inevitabilmente si rafforzano, nella percezione, in quelle persone che smettono concretamente di fumare.

Fig. 7 - Percentuale di trattamenti terminati con esito positivo

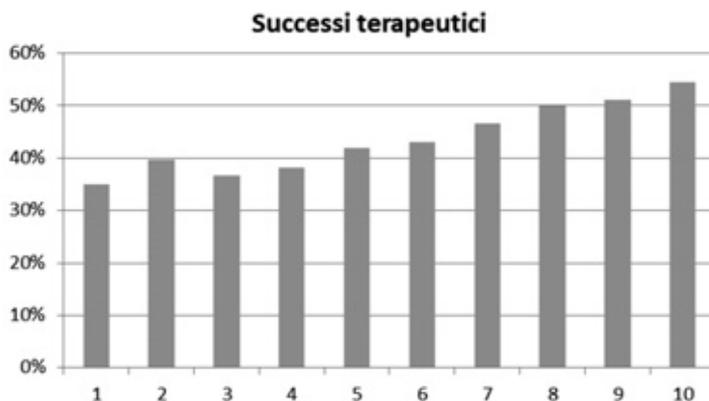
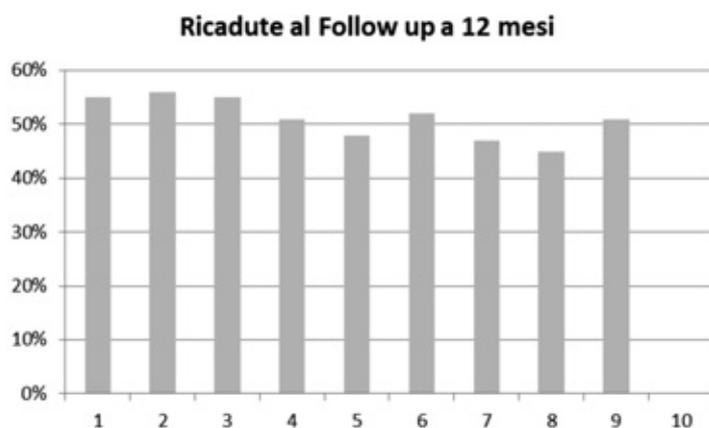


Fig. 8 - Utenti che riprendono a fumare dopo 12 mesi



Obiettivi e considerazioni conclusive

Il Centro ha saputo proporre un virtuoso percorso terapeutico di cura integrando gli effetti positivi di un farmaco sicuramente efficace per la disassuefazione dal fumo ad un approccio psico-educativo mirato a migliorare e sostenere l'utente verso una positiva e matura motivazione a smettere di fumare. È in itinere, inoltre, la formulazione di un protocollo di intesa che avvii un proficuo lavoro di rete tra il Centro Antifumo e le U.O. territoriali di Cardiologia e di Pneumologia per prevenire e/o curare eventuali gravi patologie fumo-correlate dei nostri pazienti. Si intende inoltre accrescere la prevenzione da attuare specie in ambito scolastico nella consapevolezza che, prevenire le dipendenze è la strategia migliore da attuare per meglio garantire la salute dei nostri giovani.

Bibliografia

- Arch J.J., Craske M.G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology. Science and Practice*, 15: 263-279.
- Attwood A.S., Williams T., Adams S., McClernon F.J., Munafò M.R. (2014). Effects of varenicline and cognitive bias modification on neural response to smoking-related cues: study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, Oct, 15: 391.
- Beck A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- D'Amore B. (1996). *Problemi. Pedagogia e psicologia della matematica nell'attività di problem solving*. Milano: FrancoAngeli.
- Duval R. (1993). Registres de représentations sémiotique et fonctionnement cognitif de la pensée. In: *Annales de Didactique et de Sciences Cognitives*. Strasbourg: ULP, IREM.
- Gonzales D., Hajek P., Pliamm L., Nackaerts K., Tseng L.J., McRae T.D., Treadow J. (2014). Retreatment with varenicline for smoking cessation in smokers who have previously taken varenicline: a randomized, placebo-controlled trial. *Clin Pharmacol Ther*, Sep, 96(3): 390-6.
- Hobbs S., Chiesa M. (2011). The Myth of the "Cognitive Revolution". *European Journal of Behavior Analysis*, 12: 385-394.
- Kadden R.M. (2002). *Cognitive-Behavior Therapy for substance Dependence: Coping Skills Training*.
- La Marca A. (1999). *Didattica e sviluppo della competenza metacognitiva. Voler apprendere per imparare a pensare*. Palermo: Palumbo.
- Leahy R.L. (2008). A closer look at ACT. *Behavior Therapist*, 31: 148.
- Mc Clure E.A., Vandrey R.G., Johnson M.W., Stitzer M.L. (2013). Effects of varenicline on abstinence and smoking reward following a programmed lapse. *Nicotine Tob Res.*, Jan, 15(1): 139-48.
- Mosconi G., D'Urso V. (1973). *La soluzione dei problemi*. Firenze: Giunti, Barbera.
- Rose J.E., Behm F.M. (2014). Combination treatment with varenicline and bupropion in an adaptive smoking cessation paradigm. *Am J Psychiatry*, Nov, 171(11): 1199-205.
- Stein M.D., Caviness C.M., Kurth M.E., Audet D., Olson J., Anderson B.J. (2013). Varenicline for smoking cessation among methadone-maintained smokers: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.*, 133(2): 486-93.
- Sutherland M.T., Carroll A.J., Salmeron B.J., Ross T.J., Hong L.E., Stein E.A. (2013). Down-regulation of amygdala and insula functional circuits by varenicline and nicotine in abstinent cigarette smokers. *Biol Psychiatry*, Oct 1, 74(7): 538-46.

RECENSIONE



Anna Paola Lacatena

IL RISCHIO DEL PIACERE **Le sostanze psicotrope dall'uso alla patologia**

Collana: Biblioteca di testi e studi
Codice: 1238
pp. 176 euro 18,00
Editore: Carocci

Come si può parlare di sostanze psicotrope eludendo la questione del piacere e del dolore a esse correlata? L'affacciarsi di nuove droghe, il ritorno di stupefacenti già noti ma potenziati, insieme a una sempre maggiore espansione del mercato impongono il superamento dell'autoreferenzialità da parte delle scienze naturali e di quelle

umane e sociali. Il volume, nell'intento di coniugare visione organica e umanistica, riporta le voci di alcuni consumatori accanto ad approfondimenti sulle sostanze più note e diffuse. Il bisogno di consapevolezza di una realtà così complessa richiede infatti una lettura sistemica, comprensiva del come e del perché le sostanze siano, allo stesso tempo, risposta appagante e rischiosa della ricerca del piacere. Fuori da moralismi e accenti iperallarmistici, l'obiettivo non è la semplificazione che banalizza ma neppure la stigmatizzazione che colpevolizza. Più semplicemente il tentativo di conoscere scendendo in profondità: perché la comprensione non transita mai dalle parti del giudizio.

Anna Paola Lacatena, dirigente sociologa presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto, è autrice delle pubblicazioni: *Con i tuoi occhi. Donne, tossicodipendenza e violenza sessuale* (FrancoAngeli, 2012); *Resto umano. Storia vera di un uomo che non si è mai sentito donna* (Chinaski Edizioni, 2014) e, per Carocci editore, *Reclusi. Il carcere raccontato alle donne e agli uomini liberi* (con Giovanni Lamarca; 2017).

Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi

Marianna Boso*, Giorgio Tiraboschi**, Alessia Mori**, Francesca De Cagna**, Cinzia Priora*, Giuseppe De Paoli***, Michele Brait****, Armando Gozzini****, Francesco Reitano**** e il gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia^o

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come doppia diagnosi, la coesistenza, nel medesimo individuo, di disturbi mentali e disturbi dovuti al consumo di sostanze psicoattive (Babor *et al.*, 1994).

L'abuso di sostanze è la comorbidità più frequente nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici di grado severo (Drake *et al.*, 2001). I primi studi condotti in USA sulla popolazione generale rilevano, tra i soggetti affetti da malattia mentale, una prevalenza *lifetime* di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR = 2,7) mentre nei pazienti tossicodipendenti la prevalenza di un disturbo mentale risulta pari al 45% (Regier *et al.*, 1990; Kessler *et al.*, 1994; Grant, 1996).

I primi dati relativi alla situazione italiana si riferiscono a una serie di studi (Clerici *et al.*, 1989; Pani *et al.*, 1991; Tempesta *et al.*, 1995) svolti in tre città campione (Milano, Roma e Cagliari) ed evidenziano come i disturbi mentali e l'abuso di sostanze si potenzino a vicenda.

Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore e, viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche abuso di sostanze.

Studi successivi hanno evidenziato come la sostanza più correlata a disturbi psichici sia l'alcol, seguita da cannabis e cocaina (Giampieri *et al.*, 2013).

I disturbi psichiatrici reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia (Giampieri *et al.*, 2013).

I pazienti con doppia diagnosi tendono ad avere un outcome peggiore, con maggior numero di ricoveri, minor risposta al trattamento, maggior compromissione cognitiva, maggior prevalenza di alterazioni comportamentali e suicidio, maggior gravità dei sintomi depressivi.

Questi pazienti, inoltre, soffrono di problematiche sociali e relazionali ben più gravi di quelle dei soggetti soltanto psichiatrici o tossicodipendenti, tanto da essere definiti "multiproblematici" (Verde *et al.*, 2010).

Fra i pazienti con doppia diagnosi, gli schizofrenici e coloro che vivono nelle regioni centromeridionali dell'Italia, sono quelli

che hanno la minore chance di essere trattati adeguatamente (Carrà *et al.*, 2015).

Questo dato mette in evidenza disparità significative non solo relativamente a determinate patologie ma anche nella distribuzione territoriale del servizio; ciò denota la necessità di un'integrazione dell'intervento su vasta scala.

Particolare attenzione va rivolta, inoltre, ai pazienti con psicosi indotta da sostanze (PIS).

Recenti studi evidenziano come una percentuale sostanziale di individui con PIS sviluppi nel lungo periodo condizioni psicotiche persistenti. Niemi-Pynttaeri *et al.* (2013) hanno analizzato i dati relativi a tutte le dimissioni ospedaliere con diagnosi di PIS (inclusi 18478 pazienti).

Il rischio cumulativo di avere una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico negli 8 anni successivi alla PIS è del 46% per pazienti con PIS da cannabis, del 30% per PIS da amfetamine, del 5% per PIS da alcol.

La maggior parte delle conversioni avviene nei primi 3 anni.

Fattori di rischio sono: giovane età (< 30 anni), genere maschile, uso di cannabis, durata del ricovero fra 1 e 4 settimane.

Tali dati evidenziano come i PIS siano predittivi dello spettro schizofrenico in misura maggiore a quanto ritenuto in precedenza; di conseguenza, dovrebbe aumentare l'attenzione clinica verso questi disturbi.

G. Di Petta (2017), segnala come i pazienti con PIS siano difficili da trattare, presentino numerosi ricoveri, abbiano pattern clinici peculiari come agitazione psicomotoria, disturbi della percezione (incluse allucinazioni visive), discontrollo comportamentale e aggressività, fluttuazioni dello stato di coscienza.

L'autore consiglia l'utilizzo degli antipsicotici atipici LAI per la gestione di questi quadri.

La Diagnosi Duale

La copresenza di disturbo mentale e di disturbo da uso di sostanze è un fenomeno risultante dall'embricazione di vari fattori (Meyer, 1986):

- a) la psicopatologia può rappresentare un fattore di rischio per l'instaurarsi del disturbo da uso di sostanze;
- b) la psicopatologia può insorgere in modo indipendente dal disturbo da uso di sostanze e modificarne il decorso;
- c) la psicopatologia può essere espressione della azione neurobiologica della sostanza, ovvero dell'intossicazione acuta o cronica e dell'astinenza, rappresentando pertanto la diretta espressione del disturbo da uso di sostanze;
- d) disturbi psichiatrici possono essere slatentizzati dall'uso della sostanza e persistere a lungo dopo la cessazione dell'abuso;
- e) psicopatologia e uso di sostanze possono non essere correlate tra loro.

* Ser.T. Pavia-Oltrepo ASST Pavia.

** Università di Pavia.

*** Dipartimento di Salute Mentale ASST Pavia.

**** Direzione Generale ASST Pavia.

^o Gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia: Laura Arlandi, Marianna Boso, Cristina Colli, Giansisto Garavelli, Assunta Lanza, Salvatore Messina, Maria Vittoria Murone, Massimo Pegoraro, Cinzia Priora, Maria Teresa Zanini.

In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi.

Tra questi: l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa – durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze – di sintomi psichiatrici, l'appartenenza di alcuni sintomi alle due classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute), la scarsa abitudine a collaborare dei Servizi durante il processo diagnostico, spesso molto lungo (Morojele *et al.*, 2012; Giampieri *et al.*, 2013).

In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto a un definito punto della sua storia.

A chi è rivolto il protocollo?

I quadri clinici risultano complessi e articolati.

All'interno di questa eterogeneità di manifestazioni cliniche, va sottolineato come la semplice coesistenza dei due disturbi non necessariamente rappresenti un bisogno di doppia assistenza e o presa in carico da parte dei due Servizi.

Nell'ambito dei Servizi per le Tossicodipendenze non tutti i pazienti che presentano oltre alla patologia da dipendenza o abuso anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti con doppia diagnosi, altrimenti vista la frequenza in questa popolazione di disturbi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e rallentamento psicomotorio, quasi tutti i pazienti tossicodipendenti e alcolisti sarebbero "casi con doppia diagnosi".

Le stesse considerazioni valgono nel campo dei Servizi di Salute Mentale, dove è alta la percentuale dei pazienti che utilizzano saltuariamente o hanno avuto un uso pregresso di sostanze di abuso.

È, quindi, chiaro che il ricorso improprio ed eccessivo al termine "doppia diagnosi" rischierebbe di essere a livello operativo confondente ed inutile.

In questo protocollo si utilizza il termine di doppia diagnosi per indicare i casi di compresenza di **gravi** disturbi da uso di sostanze e di **gravi** disturbi di tipo psicopatologico, tali da rendere necessaria la presa in carico contemporanea da parte di entrambi i Servizi delle Dipendenze Patologiche e di Salute Mentale.

Si utilizza la scala GAF del DSM 5 per indicare l'indice di gravità valutato come funzionamento globale (GAF < 50).

Nel presente protocollo, rivolto a pazienti di età superiore ai 18 anni, faremo riferimento al modello di New York, basato sulla gravità (Rockville, 2005).

Il modello, determinando la gravità di ciascuno dei due disturbi, colloca la situazione del paziente in una matrice a quattro celle, utile a prevedere il tipo e il grado di collaborazione necessaria tra i due servizi (Fig. 1).

Una volta valutata la gravità del paziente, diventa possibile inserirlo in uno dei quattro gruppi i quali, a loro volta, indicano quali siano i luoghi di possibile passaggio, i sistemi coinvolti dal soggetto, il servizio di riferimento e i livelli di collaborazione e integrazione tra i sistemi di cura delle dipendenze e della salute mentale.

I gruppi II e III appaiono sufficientemente omogenei: l'alto livello di gravità per una patologia e il basso livello di gravità per l'altra fa ritenere che la responsabilità di cura verrà assunta dal servizio relativo alla patologia prevalente.

Al contrario, i gruppi I e IV comportano una maggior variabilità fenomenica, con diversi punti di accesso e di espressione dei bisogni.

Vi è anche un maggior rischio di mancata presa in carico e/o di espulsione del soggetto.

Se la bassa gravità delle due patologie nel gruppo I permette ai due servizi di erogare prestazioni di semplice consulenza, l'elevata gravità dei soggetti del IV gruppo impone trattamenti ad elevato livello di integrazione, la costituzione di miniéquipe miste, e uno scambio informativo costante ed intenso.

Il nostro protocollo è rivolto ai soggetti del gruppo IV

Sul versante psichiatrico si considerano:

- disturbi dello spettro schizofrenico (inclusi disturbi di personalità paranoide, schizoide e schizotipico)
- PIS (Psicosi Indotta da Sostanze)
- gravi disturbi dell'umore
- gravi disturbi alimentazione
- gravi disturbi di personalità (borderline, narcisistico, istrionico, antisociale)

Sul versante dell'uso di sostanze oltre alla dipendenza anche l'abuso.

Fig. 1 - I quattro stadi di New York



Test utilizzati

Il gruppo di lavoro ha concordato di utilizzare ai fini di una diagnosi condivisa i seguenti test psico-diagnostici:

1. ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI): misura la gravità della dipendenza e fa un assessment sociale, medico e psicologico.
2. SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS): al posto dell'ASI nel gioco d'azzardo.
3. BARRAT IMPULSIVENESS SCALE (BIS-11)
4. HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDS)
5. HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HAS)
6. BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)
7. STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS II PERSONALITY DISORDERS (SCID II)
8. SYMPTOM CHECKLIST-90 (SCL 90)
9. GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)

Tutti i Test verranno somministrati in fase di assessment.

Ogni 6 mesi verranno ripetuti: HDS, HAS, BPRS, SCL90, GAF.

Articolazione per fasi della presa in carico del paziente con doppia diagnosi (Fig. 2)

1. Il paziente giunge all'osservazione del Ser.D. o del CPS (o, in alcuni casi, in SPDC senza essere noto al CPS).
Vengono messe in atto le procedure vigenti nel Servizio per l'accoglienza e la presa in carico. Se dalla valutazione emergono segni o sintomi inerenti una patologia psichiatrica/dipendenza da sostanze o da alcool, e se questi sintomi sono correlati e abbastanza **gravi** da giustificare un'attenzione clinica si effettua una **prima riunione sul caso** con il CPS/Ser.D.
2. Gli specialisti del CPS/Ser.D. effettuano la consulenza psichiatrica/tossicologica, prendono visione dei test somministrati dal richiedente ed effettuano i test psicodiagnostici di loro competenza.
3. Se emergono patologie psichiatriche/dipendenza da sostanze o alcool si mette in atto la procedura per la presa in carico del paziente a doppia diagnosi attraverso la convocazione dell'**équipe mista**. Nell'ambito di ogni Servizio viene individuato un operatore di riferimento.
I due referenti avranno il compito di:
 - convocare la riunione dell'équipe mista;
 - compilare il programma terapeutico individuato dall'équipe e di darne informativa ai rispettivi Servizi.L'équipe mista per la doppia diagnosi deve essere costituita da tre medici, uno del CPS (psichiatra) e due del SERD (medico e psichiatra), da due psicologi e da due Assistenti Sociali. Possono aggiungersi, se necessario, altre figure professionali (infermiere professionale, educatore, ecc.).
4. L'équipe mista:
 - si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi condivisa;
 - elabora il progetto terapeutico individualizzato che può essere ambulatoriale o residenziale;
 - stabilisce la durata del programma;
 - fissa gli indicatori per il monitoraggio o la valutazione degli interventi.
5. Se viene definito un programma residenziale l'inserimento in Comunità deve essere curato dal servizio di provenienza del paziente.

In caso di ricovero in SPDC lo stesso può essere:

- a) urgente: deciso dal Pronto Soccorso
 - viene comunicato da parte dell'SPDC l'avvenuto ricovero al CPS o al Ser.D. il giorno stesso e scatta la procedura per la valutazione del paziente con doppia diagnosi.
- Questo vale anche per pazienti non noti al SERD/CPS.*
- b) programmato per decisione dell'équipe mista che:
 - valuta la disponibilità di posti letto in SPDC;
 - invia lettera all'SPDC nella quale si esplicitano le finalità del ricovero ed i trattamenti;
 - provvede a recarsi in visita all'SPDC per concordare il programma terapeutico e le dimissioni nei tempi indicati nella proposta di ricovero.

Qualora il programma terapeutico venga disatteso per ragioni riconducibili al paziente (es. abbandono comunità o discontinuità nel sottoporsi al trattamento ambulatoriale) l'operatore di riferimento del Servizio e del paziente riconvoca l'équipe mista per una rivalutazione del caso e la riformulazione del programma.

L'équipe mista si riunisce con *cadenza trimestrale* per il monitoraggio del caso.

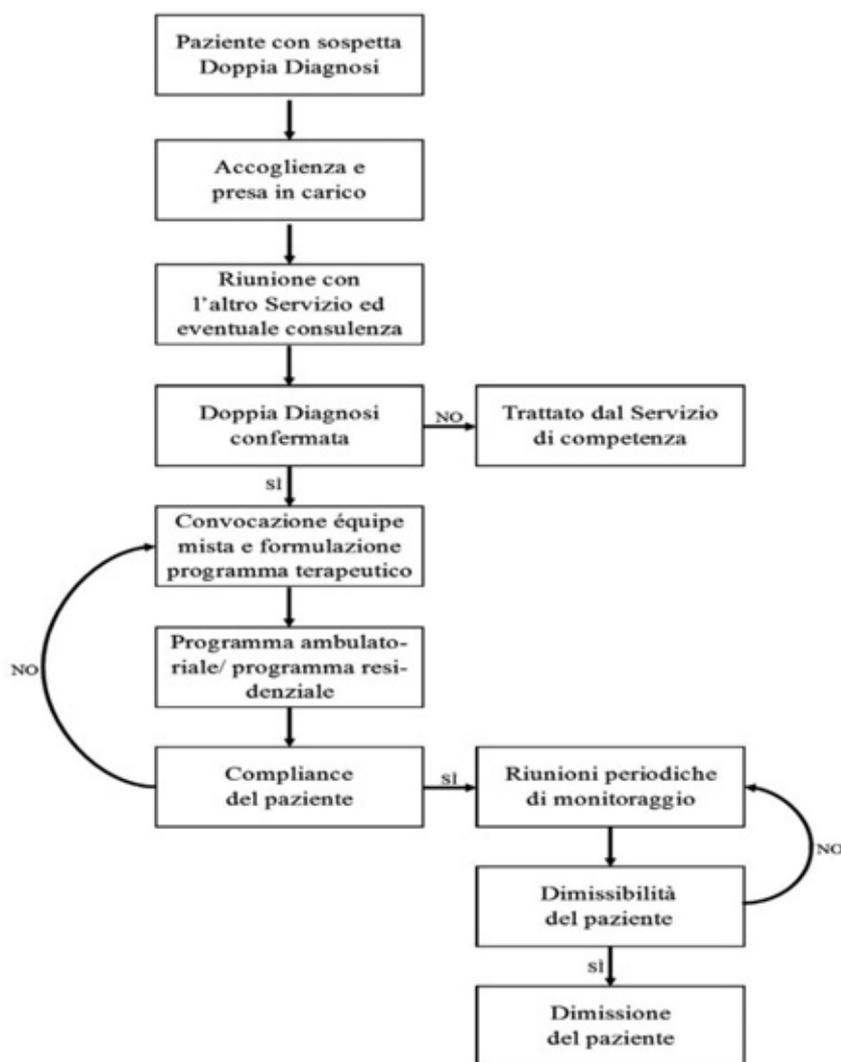
In caso di esito positivo del programma il paziente viene *dimesso*. Per dimissione si intende anche il superamento di una delle due patologie (dipendenza o disturbo psichiatrico) con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

Indicatori

- N. verbali compilati/N. di richieste di équipe mista (target 90%)
- N. programmi elaborati per pz presi in carico/N. di pz valutati (target 15%)
- N. di consulenze espletate nei tempi stabiliti (< 10 gg)/N. richieste di consulenza (target 95%)
- N. riunioni di équipe mista espletate nei tempi stabiliti (< 30 gg)/N. riunioni di équipe mista (target 95%)

Fig. 2 - Presa in carico del paziente con doppia diagnosi

SERVIZIO PER LE DIPENDENZE/CENTRO PSICO-SOCIALE



Certificazione di Doppia Diagnosi

Cognome e Nome del Paziente:

CF:

OSSERVAZIONI DELLO PSICHIATRA DEL CPS

Firma dello Psichiatra CPS:

ICD 9	Diagnosi	Conferma
295	Psicosi Schizofreniche	
296	Disturbi dell'Umore	

Fig. 2 - Segue

297	Stati paranoidi	
291	Psicosi indotta da alcool	
292.1	Psicosi indotta da cannabis o amfetamine	
298	Altre psicosi non organiche	
301	Disturbi di personalità (1)	
	Altro:	

OSSERVAZIONI DEL MEDICO E DELLO PSICHIATRA DEL SERD

Firma di Medico e Psichiatra del SERD:

PUNTEGGIO ALLE SCALE:

ASI (2)	
SOGS	
BIS-11	
HDS	
HAS	
BPRS	
SCID II	
GAF	

Note importanti

- (1) Il disturbo di personalità, con riferimento al protocollo va inteso “grave”
- (2) L’abuso di droghe con riferimento al protocollo va inteso “grave”

Per la **valutazione della gravità** del disturbo è utilizzata la scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VFG) del DSM IV-TR (Asse V).

Indicativamente è da considerare “grave” un soggetto con punteggio inferiore a 50.

Bibliografia

- Babor T., Cappelletti R., Room R. *et al.* (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.
- Carrà G., Crocamo G., Borrelli P., Popa I., Ornaghi A., Montomoli C., Clerici M. (2015). Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders Findings from the "Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)" Study. *Comprehensive Psychiatry*, 58: 152-159.
- Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L. (1989). Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24: 219-26.
- Di Petta G. (2017). *Clinica del paziente con schizofrenia che usa o ha usato sostanze: il ruolo dei LAI*. Convegno "Oltre la doppia diagnosi", Milano, 19 aprile.
- Drake R.E., Essock S.M., Shaner A. *et al.* (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, 52: 469-476.
- Giampieri E., Alamia A., Galimberti G.L., Tinghino B., Resentini M., Clerici M. (2013). "Doppia diagnosi" e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L'esperienza di Monza e Brianza. "Dual diagnosis" and use of healthcare resources in psychiatric care services. The experience of Monza and Brianza. *Journal of Psychopathology*.
- Grant F.B. (1996). Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*, 8: 195-210.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. *et al.* (1996). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51: 8-19.
- Meyer R.E. (1986). *Psychopathology and addictive disorders*. New York: The Guilford Press.
- Morojele N.K., Saban A., Seedat S. (2012). Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 25: 181-6.
- Niemi-Pynttari J.A. *et al.* (2013). Substance induced psychosis converting into schizophrenia: a register-based study of 18478 Finnish inpatient cases. *J. Clin. Psychiatry*, 74: e94-9.
- Pani P.P., Carta M., Rudas N. (1991). Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts. *Minerva Psichiatr*, 32: 145-50.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264: 2511-8.
- Rockville M.D. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tempesta E., Pozzi G., Tacchini G. *et al.* (1995). Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews. *Minerva Psichiatr*, 36: 139-54.
- Verde L., Moccia E., Riccio M. *et al.* (2010). Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. *Mission*, 31: 19-24.

NOTIZIE IN BREVE

Disconnettersi

Il progetto "Disconnettersi" è nato come proposta di alternanza scuola lavoro per gli studenti della 3ª ASE del Liceo "A. Cairoli" ed è stato curato dalla prof. Lucia Dorigo docente di filosofia e da Dr. Maurizio Fea, formatore, psichiatra, per FeDerSerD.

Il lavoro si è svolto nel contesto e negli orari scolastici per una settimana, iniziata con la presentazione del progetto e degli scopi che si intendevano raggiungere.

Dal primo giorno e per 48 ore vi è stata la *disconnessione obbligatoria per tutta la classe, dai social e dai sistemi di messaggistica, consentite invece telefonia e posta elettronica*.

È seguita l'analisi e il confronto sull'esperienza per condividere e mettere a fuoco emozioni, difficoltà, scoperte da disconnessi. Il progetto è stato poi presentato in 30 classi del Liceo per un totale di 618 allievi in prevalenza di genere femminile.

Sette classi prime, nove seconde, otto terze, cinque quarte e una quinta.

A tutti gli studenti sono state illustrate le ragioni del progetto con l'obiettivo di provare la disconnessione per cinque giorni.

Nel corso delle presentazioni sono stati raccolti 559 indirizzi mail di studenti, ai quali inviare il questionario di ingresso: 503 sono risultati gli indirizzi validi ai quali è stato mandato l'invito e le risposte sono state 52, di cui valide 43.

Scontando alcuni errori di impostazione della ricerca intervento e i problemi riscontrati in fase di presentazione, sia organizzativi che tecnologici, è possibile affermare che sono stati raggiunti sia gli obiettivi della componente intervento che la verifica delle ipotesi di ricerca.

La ricerca, anche in considerazione delle sue stimolanti implicazioni, ha avuto un notevole riscontro da parte dei *media locali e nazionali*.

(Fabio Lucchini)



La presa in carico precoce del consumatore di sostanze. La centralità del Ser.D. nel sistema di intervento

CONVEGNO MACROREGIONALE FEDERSERD
Napoli - Sala Convegni Palazzo Alabardieri
Venerdì 29 marzo 2019

Razionale

Il convegno affronterà il tema della presa in carico precoce del consumatore di sostanze, sia per quanto riguarda i problemi di dipendenza che per le patologie correlate, cercando di delineare modelli e strategie operative da applicare nell'organizzazione dei Servizi. La presenza infatti di un bisogno potenziale sommerso non può non rappresentare una preoccupante criticità, da affrontare in modo prioritario secondo una prospettiva di sanità pubblica, per evitare le ricadute negative che possono esserci per le persone più vulnerabili.

Negli ultimi anni la domanda e la risposta di cura sono significativamente mutate in ragione di molteplici cambiamenti. I servizi hanno rilevato l'incremento dell'utenza più giovane, di quella con problematiche da gioco d'azzardo patologico, di quella con patologie a decorso cronico evolutivo, l'aumento delle problematiche comorbili complesse, la maggiore numerosità di programmi territoriali ad altissima intensità assistenziale. Per poter assicurare la continuità, l'integrazione interdisciplinare e l'appropriatezza clinica sono necessari specifici percorsi con gli specialistici ospedalieri.

Il convegno, partendo da una analisi dei bisogni e dell'evoluzione dei consumi, proverà ad ipotizzare nuove modalità operative in grado di intercettare i consumatori, come quelle basate sugli outreach programs e/o sulle azioni di prevenzione ed intercettazione in diversi setting territoriali.

Il cambiamento degli assetti organizzativi dei servizi per le dipendenze è avvenuto in molte realtà regionali, in seguito a complesse e spesso controverse riforme sanitarie; le scelte, nella maggioranza dei casi, sono state fatte purtroppo senza tenere conto delle competenze e delle evidenze maturate sul campo dai professionisti. Nei settori ad alta integrazione sociosanitaria si stanno sperimentando proposte interessanti, frutto della co-progettazione con il terzo settore. L'obiettivo dell'evento formativo è quello di fornire ai professionisti della rete dei servizi del territorio un'occasione di discussione e progettazione a partire da alcuni spunti teorico-pratici sul percorso di linkage to care e terapeutico-riabilitativo.

Programma

ore 9.00	Registrazione partecipanti
9.30	Saluti Autorità Antonio D'Amore - Direttore Generale ASL Napoli 2 Nord
10.00 - 13.45	SESSIONE I - IL MONDO GIOVANILE E GLI STILI DI CONSUMO: INTERCETTAZIONE E PRESA IN CARICO PRECOCE Introduzione: Guido Faillace (Trapani) - Alfio Lucchini (Milano)
10.30	Adolescenza oggi: come intercettare nei giovani il consumo problematico di sostanze - Katia Provantini (Milano) Discussant: Roberta Balestra (Trieste)
11.30	L'approccio globale e l'integrazione delle terapie farmacologiche nei differenti contesti di intervento sanitario, di prossimità e di bassa soglia per i giovani consumatori Moderatori: Edoardo Cozzolino (Milano), Gaetano Liguori (Napoli) • Un nuovo modello di organizzazione dipartimentale per le dipendenze patologiche - Vincenzo Lamartora (Napoli)

- **Lavorare nei contesti di prossimità** - **Riccardo De Facci** (Milano)
- **Il PDTA "CRISI" nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche** - **Luciano Petrillo** (Napoli)
- **La gestione dei gruppi di aiuto mediati come strumento di riabilitazione: l'esperienza nei giovani consumatori** - **Pietro Scurti, Nunzia Giacco** (Napoli)
- **Il piano biennale GAP dell'ASL Napoli2 nord: scommettere sui servizi territoriali per l'intercettazione precoce dei giovani dipendenti** - **Anna Grazia Mautone** (Napoli)
- **L'importanza del test su matrice cheratinica nella presa in carico dell'assuntore di sostanze** - **Maria Luisa Grech** (Trento)

13.45

Lunch

14.45 - 17.30

SESSIONE II - COME IL SISTEMA PUÒ PRENDERE IN CARICO PRECOCEMENTE IL CONSUMATORE DI SOSTANZE

Proattività e flessibilità organizzativa per favorire ed accelerare la domanda di trattamento, prevenire i danni sociali e sanitari

- Moderatori: **Felice A. Nava** (Padova), **Maria Luisa Grech** (Trento)
- **Il ruolo dei Ser.D. nella presa in carico dei giovani consumatori di alcol e poliabusatori** - **Marco Riglietta** (Bergamo)
 - **Nuove strategie per giovani utenti. Le tecnologie della comunicazione social al servizio della retention in treatment dei giovani dipendenti** - **Gemma Ferrante** (Napoli)
 - **Quali strategie preventive nel mondo degli influencer?** - **Antonietta Matera** (Napoli)

16.00

Screening dell'HCV e linkage to care nella prevenzione e nella cura dell'HCV

- Moderatori: **Fabio Curcio** (Napoli), **Vincenzo D'Auria** (Napoli)
- **Il ruolo dei Ser.D. nei piani di eliminazione di HCV della Regione Campania** - **Gianni Battista Gaeta** (Napoli)
 - **Il linkage to care: barriere e strategie d'azione** - **Giorgio Barbarini** (Pavia)
 - **La presa in carico del consumatore di sostanze con HCV: obiettivi di trattamento e azioni di prevenzione della reinfezione** - **Antonio Izzi** (Napoli)

17.30

Take home messages

Compilazione Questionario di verifica ai fini ECM



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



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



I modelli organizzativi per la presa in carico del consumatore di sostanze co-morbide nei Ser.D. Strumenti, procedure e outcome nel management clinico e gestionale

CONVEGNO MACROREGIONALE FEDERSERD
Padova - Centro Congressi Four Points by Sheraton
Mercoledì 15 maggio 2019

Razionale

Il Convegno affronta l'evoluzione dei modelli organizzativi per la presa in carico del consumatore di sostanze nei diversi sistemi regionali, cercando di individuare gli elementi capaci di meglio rappresentare l'evoluzione del sistema, in termini di integrazione con le strutture aziendali per la gestione unitaria e multidisciplinare della complessità degli utenti in carico ai Ser.D. Il Convegno rispetto ai temi della gestione della complessità clinica delle "nuove" tipologie di consumatori di sostanze mette inoltre in evidenza l'importanza ed il valore per i Ser.D. nello sviluppo di specifici modelli operativi per la presa in carico multidisciplinare, basati su precisi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e di integrazione con i sistemi aziendali per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia, efficienza e sicurezza clinica. In questo senso i Ser.D. potrebbero, attraverso un percorso evolutivo, rappresentare l'hub della presa in carico dei bisogni assistenziali sempre più complessi del consumatore di sostanze acquisendo un enorme valore anche in termini di sanità pubblica.

I temi affrontati saranno quelli della gestione multidisciplinare della presa in carico del consumatore di sostanze da parte della rete assistenziale e dell'integrazione dei Ser.D. nell'organizzazione dei sistemi sanitari facendo riferimento alle grandi emergenze che sono rappresentate dai consumi delle nuove sostanze, dai policonsumi e dagli stili di consumo rischioso di alcol, dalla co-morbidità psichiatrica con particolare riguardo agli incrementi degli esordi psicotici indotti da sostanze e dal trattamento dell'infezione dell'epatite C nelle popolazioni speciali.

Programma

ore 8.30 - 9.00	Registrazione partecipanti e welcome coffee
9.30	Saluti Autorità e Apertura Convegno
10.00 - 13.00	SESSIONE I - IL RUOLO DEI PDTA NELLA PRATICA CLINICA DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE
10.00	Introduzione: Il valore della rete e dei PDTA nei sistemi complessi dei Ser.D. e della Sanità Penitenziaria - Felice A. Nava (Padova)
10.30	PDTA e reti cliniche nell'organizzazione e nell'evoluzione dei sistemi sanitari - Valeria Tozzi (Milano)
11.00	I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali come elementi di integrazione della rete - Tommaso Maniscalco (Vicenza)

11.30	Il valore dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nella pratica clinica - Marco Nuti (Venezia)
12.00	Il ruolo dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nella clinica delle dipendenze - Diego Saccon (Venezia)
12.30	Discussione
13.00 - 14.00	Light Lunch
14.00 - 17.00	SESSIONE II - LA RETE ASSISTENZIALE NELLA PRESA IN CARICO DEL CONSUMATORE CO-MORBILE
14.00	Il legame fra psichiatria e dipendenze: cosa abbiamo imparato in 30 anni di esperienza? - Michele Sansa (Milano)
14.30	La malattia da HCV nei PWID e l'efficacia dei DAA - Gloria Tagliani (Roma)
15.00	Il piano di eliminazione di HCV nella Regione Veneto - Margherita Andretta (Padova)
15.30	Barriere e limiti nel linkage to care • Introduzione: Massimo Puoti (Milano) • Discussant: Annamaria Cattelan (Padova), Alessandro Pani (Venezia), Francesco Russo (Padova), Gabriella Verucchi (Bologna)
17.00	Take home messages Compilazione Questionario di verifica ai fini ECM



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



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

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 27

MISSION n. 51

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

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

SAGGI, STUDI E RICERCHE

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

Progetto Ben Essere Donna. Intervento di prevenzione e promozione della salute rivolto a donne con problematiche alcol correlate

Cinzia Luigia Celebre*, Pamela Filiberto**, Claudia Milieich***

Introduzione

L’evidenza scientifica suggerisce una maggiore vulnerabilità fisica e biologica della donna agli effetti dell’alcol. È stato dimostrato che, rispetto agli uomini, le donne vanno incontro a intossicazioni più gravi bevendo minori quantità di alcol, sviluppano patologie più severe in tempi più brevi (Mancinelli e Guiducci, 2004) – si parla in questo caso di effetto telescopico – dimostrano danni più rilevanti nei processi cognitivi e nella prestazione psicomotoria, con maggiore rischio di rimanere vittime di incidenti e di violenze (Greenfield, 2002)¹.

Studi clinici condotti per determinare le caratteristiche degli individui al momento del loro inserimento in un programma di trattamento, hanno evidenziato che le donne tendono a entrare in trattamento dopo pochi anni di

abuso, ma al momento del loro ingresso presentano un quadro clinico più severo, comparato a quello degli uomini (Grella, 2008). In particolare, mentre nell’uomo l’alcolismo è più spesso associato a uso di sostanze, con poliabuso, e a disturbo di personalità antisociale (Compton *et al.*, 2005), la donna tende a riportare un maggiore *distress* psicologico e disturbi dell’umore come ansia e depressione. Inoltre, presenta conflitti interpersonali con la famiglia e problematiche legate alla genitorialità, una storia di traumi e violenze durante l’infanzia o in età adulta (Chapman e Gavrin, 1999).

L’attenzione alle differenze di genere nei problemi legati all’alcol emerge a partire dagli anni ’80 soprattutto negli USA, dove furono realizzati due importanti studi epidemiologici. Il primo l’*Epidemiologic Catchment Area* (ECA) evidenziò un rapporto uomo/donna di circa 5,17:1, mentre il secondo il *National Comorbidity Survey* (NCS) condotto dopo circa dieci anni evidenziò un sorprendente incremento della prevalenza di abuso e dipendenza da alcol nella popolazione femminile, con un rapporto uomo/donna di 2,45:1 (Mancinelli e Guiducci, 2004). Anche studi europei confermano il *trend* sull’uso di alcol nelle donne. Negli

* Dirigente Psicologa, S.C. Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Dipartimento delle dipendenze dell’ASUITs.

** Psicologa.

*** Dirigente Psichiatra, Dipartimento delle Dipendenze ASUITs.

eventi organizzati in quegli anni², particolare attenzione fu dedicata al tema delle problematiche femminili legate all'uso di sostanze d'abuso e di bevande alcoliche in particolare (Mancinelli e Guiducci, 2004).

Storia dei trattamenti dedicati alle donne

Negli ultimi quattro decenni, le ricerche hanno sottolineato le differenze di genere nei disordini legati all'uso e abuso di sostanze e nella partecipazione ai trattamenti. Le donne mostrano di possedere delle caratteristiche psicosociali uniche associate all'abuso di sostanze. In particolare, manifestano uno scarso concetto di sé, bassa autostima, senso di colpa, biasimo autodiretto, e un'alta percentuale di disturbi dell'umore, come depressione, ansia, disturbo bipolare, ideazione suicidaria, disturbi alimentari, disturbi da stress post-traumatico (Ashley *et al.*, 2003).

Le terapie di cura nel campo delle dipendenze si sono evolute fino a incorporare un nucleo centrato sulle differenze di genere (Bloom *et al.*, 2003), in cui è presente la consapevolezza del ruolo del genere nell'influenzare le modalità di consumo e l'efficacia dei programmi di riabilitazione. Nel campo della ricerca comincia a svilupparsi un sostanziale filone di indagine sulle tematiche collegate al genere e ai comportamenti di abuso e si moltiplicano i primi programmi indirizzati ai bisogni specifici delle donne (Grella, 2008).

La situazione inizia a cambiare all'inizio degli anni '70³, con il conseguente abbandono del tradizionale modello generico di trattamento. In questi anni le principali ricerche si focalizzano sul periodo di iniziazione all'uso, sulla progressione della dipendenza, sugli effetti di alcol e sostanze a livello fisiologico, sul profilo clinico e i bisogni specifici di cura dell'uomo e della donna, sulle dinamiche sociali che facilitano o al contrario impediscono la partecipazione al trattamento (Grella, 2008). Ad esempio, i trattamenti focalizzati sul genere iniziano a tenere in considerazione i risultati di alcune ricerche che mostrano un'alta incidenza di esperienze traumatiche nelle storie delle donne così come del ruolo giocato dalle relazioni con il partner e con la famiglia nel determinare la dipendenza e il recupero delle donne (Covington, 2002).

A partire dal 1980 furono implementati diversi progetti nazionali con programmi e servizi dedicati in maniera specifica a donne in gravidanza e con figli – all'interno di programmi con partecipazione mista – con un conseguente incremento del numero di donne in trattamento (Grella, 2008).

Il diffondersi di programmi e trattamenti dedicati ai bisogni delle donne, a partire dalla fine degli anni '80 fino agli anni 2000, ha stimolato lo sviluppo di un numero crescente di studi volti a indagare le loro caratteristiche specifiche. Uno studio sperimentale condotto in Svezia con donne

a uno stadio iniziale di dipendenza da alcol, mostra una riduzione del consumo e un migliore adattamento sociale nel campione di donne inserite in terapie specifiche per genere rispetto a donne inserite in programmi misti (Dahlgren e Willander, 1989). Numerosi altri studi confermano l'efficacia di trattamenti orientati al genere (Orwin *et al.*, 2001; Greenfield e Grella, 2009; Greenfield *et al.*, 2007; Brady e Ashley, 2005). Nel 2004, l'Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e della prevenzione del crimine (UNODC) – agenzia delle Nazioni Unite fondata nel 1997 – pubblica una monografia sul trattamento delle donne, nel mondo, con problemi di dipendenza. Nell'incontro di esperti riunitosi a Vienna diventa chiaro come molte delle tematiche che coinvolgono le donne dipendenti siano universali (Covington, 2008).

I modelli tradizionali di trattamento, come le comunità terapeutiche, cominciano ad arricchirsi di una serie più ampia di servizi, fino ad incorporare approcci terapeutici che supportano l'*empowerment* (Stevens e Arbiter, 1995). Questi consistono in proposte di un piano di lavoro centrato sull'identificazione e ricostruzione dei punti di forza delle donne, come le loro abilità sociali e di cura (Finkelstein, 1993). L'introduzione di queste novità è un passo importante se si considerano i risultati delle ricerche sulle comorbidità e i fattori di rischio. Ciò che caratterizza le donne che entrano in programmi di recupero – esposizione a traumi, disturbi dell'umore, difficoltà nelle relazioni – incoraggia infatti a considerare essenziale il lavoro sulle competenze e sul senso di efficacia personale (Grella, 2008). Lo dimostrano alcuni studi condotti su donne in trattamento che usufruiscono di maggiori servizi dedicati alla salute e al tema sociale, le quali riportano migliori risultati e una maggiore soddisfazione per il trattamento ricevuto (Smith *et al.*, 2002).

Teorie e modelli per il trattamento dedicato alle donne⁴

Con l'intento di fornire delle linee guida ai trattamenti specifici per donne, si sono sviluppati negli ultimi anni una serie di teorie e metodologie mirate al supporto della pratica clinica. Tra queste ricordiamo: l'approccio ecologico sociale (Stokols, 1996), la ricerca di azioni partecipative (McTaggart, 1996), la teoria dell'*empowerment*, il modello relazionale. Di seguito approfondiamo gli ultimi due approcci, essendo maggiormente in linea con l'approccio terapeutico seguito dal progetto.

La teoria dell'*empowerment* impegna gli operatori a pensare in termini di benessere anziché di malattia, di competenza invece che deficit, mettendo in evidenza i punti di forza piuttosto che le debolezze. I programmi di cura si propongono di fornire opportunità alle donne per riacquistare un senso di autoefficacia, autocontrollo e benessere, sostenendole nel loro percorso di ripresa della gestione

delle loro vite attraverso la riconquista di abilità e risorse funzionali (Belenky *et al.*, 1986).

Il modello relazionale è un paradigma teorico per lo sviluppo e il benessere psicologico delle donne. Partendo dal presupposto che ogni individuo è inserito in relazioni e che le relazioni con gli altri sono fondamentali per il benessere e la salute delle donne, i trattamenti che utilizzano questo approccio prestano particolare attenzione allo sviluppo di rapporti familiari sani, e relazioni significative con i pari e con gli altri (Belenky *et al.*, 1997).

Negli anni sono state proposte diverse forme di trattamento. Tra queste troviamo: servizi finalizzati a soddisfare le esigenze specifiche delle donne, come cure prenatali, educazione psicosociale, progetti di prevenzione da HIV o programmi di salute mentale; terapie di gruppo educativo e di sostegno, o forme di trattamento indirizzate al supporto dei molteplici ruoli delle donne. Tra le iniziative promosse sono compresi infine i programmi e servizi per sole donne, in un ambiente di trattamento esclusivamente focalizzato sulle tematiche e le esigenze legate al mondo femminile, dove un *setting* confortevole possa creare le condizioni per la discussione e la condivisione di esperienze comuni (Ashley *et al.*, 2003). A quest'ultimo gruppo appartiene il progetto Ben Essere Donna.

Il Progetto Ben Essere Donna

Analisi del contesto

Le donne che arrivano ai servizi specialistici per un problema alcol correlato sono in numero minore rispetto agli uomini. Tale dato risulta sottostimato in quanto il fenomeno è ancora sommerso. Nel 2017 sono afferite, alla S.C. Dipendenza da Sostanze Legali del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs, 946 persone con un problema alcol correlato, di cui 259 sono donne (27,4%). L'abuso di bevande alcoliche rappresenta un fenomeno non ancora facilmente rilevabile, essendo spesso confinato nel privato o dissimulato per l'elevata riprovazione sociale. Questo rende difficile rilevare il fenomeno ed è motivo di riscontro tardivo.

Nel corso degli ultimi decenni, è tuttavia mutato il ruolo e la partecipazione della donna in una società che propone nuovi modelli di vita familiare, lavorativa e sociale, e che riduce le differenze di genere. Comportamenti giudicati socialmente per il sesso femminile, come il bere o il fumare in pubblico, sono oggi normalmente accettati (Scafato, 2004).

Le donne con problemi alcol correlati fanno parte di un gruppo molto eterogeneo, fra donne di ogni età ed appartenenza sociale. Il picco di maggior frequenza di un uso problematico per le donne si colloca tra i 35 e i 45 anni, anche se negli ultimi anni c'è stato un aumento dei consumi nelle fasce più giovani⁵.

Descrizione del progetto

Il progetto è stato avviato in via sperimentale nel luglio del 2012, con lo scopo di offrire un luogo accogliente rivolto a donne con problematiche alcol correlate, in carico alla S.C. Dipendenze da Sostanze Legali che, concluso il trattamento di disintossicazione, possano riappropriarsi di un benessere senza l'assunzione di sostanze psicotrope. Molte di loro provengono da contesti relazionali fragili e inadeguati a creare stabilità nei percorsi di cura, e manifestano la necessità di riprendere relazioni positive e di riscoperta della qualità della loro vita.

L'obiettivo generale è quello di integrare l'offerta di programmi terapeutici-riabilitativi che tengano conto delle differenze di genere e nello stesso tempo promuovere processi di inclusione sociale e sostegno di forme aggregative autonome, favorendo la partecipazione e l'*empowerment* delle stesse donne.

Gli obiettivi specifici del progetto sono: migliorare il quadro psicofisico di patologie alcol correlate; prevenire eventuali abbandoni dei programmi di cura (*drop-out*); contenere/eliminare l'uso di ansiolitici o altri farmaci sintomatici; riattivare una rete di supporto e di sostegno.

I risultati attesi sono: il miglioramento/stabilizzazione del quadro psicofisico e delle patologie correlate alla dipendenza; il mantenimento dell'astinenza delle donne che hanno concluso positivamente un percorso di disintossicazione; la prevenzione e/o contrasto ai possibili abbandoni del programma di cura (*drop-out*) nelle fasi di maggiore vulnerabilità; l'aumento dei momenti significativi di relazione e socializzazione delle donne coinvolte.

Le attività

Nel Centro di Promozione della Salute del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs, un'équipe specialistica multidisciplinare ha attivato progetti personalizzati di promozione di stili di vita sani, proponendo trattamenti specialistici sanitari e di cura del corpo e del benessere psicofisico, interventi educativi e riabilitativi, attività di gruppo e di auto aiuto. L'équipe è composta da personale del DDD, con la collaborazione del privato sociale e del volontariato, con diverse figure professionali: un medico psichiatra, una psicologa, due educatori, una infermiera ed altri professionisti coinvolti su temi specifici.

La sede che si trova in una struttura del centro storico della città di Trieste, ha la particolarità di essere nel cuore della città vecchia, avere degli spazi accoglienti e un bel giardino, dove svolgere eventi all'aperto anche accessibili alla cittadinanza.

Per ogni persona inserita viene redatto un progetto di presa in carico personalizzato, che prevede i seguenti interventi:

- *counseling* informativo finalizzato all'orientamento all'interno della rete dell'offerta di cura, per promuovere scelte consapevoli;

- relazioni di ascolto dell'esperienza soggettiva e attenzione ai bisogni espressi;
- attività di cura del corpo e promozione del benessere utilizzando anche alcune tecniche della medicina naturale (es. idroterapia, la floriterapia e la fitoterapia) in un'ottica di *self-help* e di acquisizione di competenze per contrastare il rischio di ricaduta;
- incontri formativi e informativi teorico/pratici sui temi di corretta alimentazione e corretti stili di vita, con particolare attenzione al benessere attivato dal movimento;
- eventi aggregativi con uscite di gruppo, attività sportive e culturali, per potenziare le relazioni solidali e di autoaiuto, creare opportunità di integrazione sociale volte a migliorare l'autostima e l'autoefficacia;
- percorsi riabilitativi, di formazione e reinserimento socio-lavorativo in raccordo con i diversi attori della rete territoriale, con attività di supporto personalizzato e tutoraggio.

Due giornate settimanali con orario pomeridiano sono dedicate ai percorsi riabilitativi, mentre un sabato al mese è riservato alla programmazione e discussione degli eventi futuri. Inoltre, è prevista una serie di attività da realizzarsi al di fuori della sede. Tra le attività finalizzate alla promozione di relazioni solidali e integrazione sociale, ricordiamo: l'organizzazione di corsi ed eventi con altre realtà solidali, la partecipazione a spettacoli e manifestazioni, escursioni naturalistiche e culturali, l'organizzazione di momenti conviviali con familiari e amici, la realizzazione di eventi artistici come una mostra di arti visive e multimediali nell'ambito della prevenzione.

Il campione

Le donne che da luglio 2012 ad oggi hanno partecipato al progetto sono state 104, con un'età media di 52 anni. Il 61,5% sono donne con una diagnosi di dipendenza da alcol, il 25,1% con un problema alcol correlato associato ad un abuso di benzodiazepine, il 9,6% con una diagnosi di poliabuso ed il 3,8% con un problema di gioco d'azzardo patologico. Nel progetto sono state inoltre inserite 11 donne, con un partner alcolista, che evidenziano un problema di codipendenza.

Analizzando le variabili socio demografiche, al momento dell'inserimento le donne che risultano occupate sono il 48,1%, anche con un lavoro non stabile, il 27,9% sono disoccupate, 13,4% sono casalinghe ed il 10,6% sono in pensione.

Rispetto ai legami familiari il 54,8% delle donne risulta convivere con il partner, anche se quasi la metà di loro, il 49,1% (28 donne su 57), dichiarano di vivere un rapporto conflittuale con il partner. Il 31,7% sono single o separate e il 13,5% sono vedove. Ricostruendo la storia familiare delle stesse emerge che il 34,6% dichiara di essere stata vittima di maltrattamenti e/o violenza nella famiglia di origine o nella relazione con il partner.

Dall'avvio del progetto le donne che continuano un percorso di cura e di astinenza dagli alcolici sono il 70,2% (73 donne). Tra queste il 61,6% (45 donne) ha interrotto la frequenza del centro per motivi di lavoro e/o familiari, pur mantenendo un percorso di cura, mentre il 38,4% (28 donne) continua tutt'oggi a frequentare le attività del progetto. Dal 2012 ad oggi il 29,8% (31 donne) ha interrotto la frequenza in seguito a ricaduta nell'uso di sostanze e/o abbandono del percorso di cura.

Lo studio qualitativo: il focus group

Nel mese di dicembre 2017 è stato realizzato un *focus group* con un gruppo selezionato di 12 donne, con l'obiettivo di riflettere sul senso del progetto e sul valore che viene dato alle attività proposte. Le partecipanti sono state invitate a riflettere sulla loro esperienza, utilizzando il metodo del *brainstorming*. Partendo dalle parole chiave "benessere" e "donna", la discussione ha raccolto le diverse opinioni circa gli obiettivi del progetto, la percezione del benessere psicofisico, le motivazioni nel partecipare alle diverse attività, le aspettative e gli elementi di maggiore soddisfazione o insoddisfazione del progetto. Di seguito alcuni estratti commentati del *focus group*:

«"Benessere" come salute non solo fisica ma anche psicologica, stare bene con se stesse, stato di serenità, bisogno interiore di stare. Aver acquisito benessere con la mancanza di alcol». Il bere per tentare di vincere l'insoddisfazione e la sensazione di "essere prigioniere" di una condizione accettata per conformarsi al ruolo "destinato", è un dato clinico costante (Bracalenti, 2004). Ecco che il benessere diventa: «Soddisfazione di aver fatto qualcosa per me in questi ultimi anni, perché ho sempre dato. Adesso do qualcosa a me stessa».

L'importanza delle relazioni interpersonali viene sottolineata in particolare da una donna: «"Benessere" come stare bene anche in famiglia. Io adesso trovo questo benessere in famiglia perché, quando bevevo, avevo tutti contro di me. I figli arrabbiati, arrabbiati. E adesso trovo anche in famiglia questo ben stare».

Nella prospettiva dello *Stone Center's Relational model* (Surrey, 1997), è il basilare bisogno della donna di sentirsi ed essere in connessione con l'altro che la spinge a mantenere viva una relazione patologica (Bracalenti, 2004). Quando finalmente si prende consapevolezza della negatività della relazione che si sta vivendo, ecco che si parla di: «Libertà, nel senso di liberazione. Io non ero dipendente, ma avevo un marito dipendente. E quando ho deciso io di andare al posto suo a chiedere aiuto, è caduto un peso».

Le donne riconoscono di essere in possesso di abilità e punti di forza, e avvertono il bisogno di investire su questo potenziale per migliorare la propria vita (Sword et al., 2009): «Io sono dell'idea che le donne sono forti. Perché anche quanto va tutto male, sono comunque capaci di fare

qualcosa, di andare avanti. E allora le donne sanno come reagire, combattono e non si arrendono, sono delle guerriere». La forza è però collegata all'essere o al sentirsi sole. Si diventa guerriere da quando si nasce e per tutta la vita, o nel momento in cui è necessario fare da sole: «Io ho sempre dovuto fare tutto da sola. C'è stato l'aiuto, diciamo, le mani, l'aiuto concreto. Ma di testa ho sempre combattuto da sola, sempre».

Emerge un tema ampiamente affrontato in letteratura, che suggerisce come la dipendenza – o la codipendenza – nelle donne sia fortemente connessa a esperienze personali di *disempowerment* (Stevens et al., 2009): «Quando sono arrivata in alcologia ero al limite, veramente. Non sapevo più cosa fare. Non mi fregava più niente della mia vita. (...) Non ho mai accettato che lui bevesse, e alla fine ho divorziato e questo mi ha aiutato. Ma per prendere questa decisione ci ho messo anni, anni. Mio marito mi diceva che facevo schifo (...), tutto e di più mi ha detto nella mia vita. Ma lui non aveva ragione».

Il sentimento di isolamento e la vergogna per aver fallito possono rappresentare ferite narcisistiche estremamente dolorose che incrinano sia l'autostima sia il riconoscimento da parte di altri (Bracalenti, 2004): «All'inizio del mio percorso, quando le mie figlie hanno chiesto aiuto al posto mio, mi sono sentita molto umiliata. Ero una donna umiliata (...) ce l'avevo con il mondo intero. (...) I miei figli mi hanno umiliata, mi sono sentita la donna più bassa, sporca». E poi: «Io bevevo solo di notte, con una grave depressione, bevevo di notte. Di giorno, mai bevuto. Mai toccato alcol, perché mi vergognavo che qualcuno potesse vedermi così».

Emerge nelle donne la difficoltà nel formarsi un senso di identità personale, nel quale emerge l'abilità di separare i propri bisogni da quelli degli altri (Sword et al., 2009): «Il benessere per una donna è difficile. Perché siamo sempre a pensare agli altri, sono sempre gli altri davanti a noi che hanno la precedenza. Abbiamo sempre qualcuno a cui prestare le nostre cure».

Si discute in gruppo uno degli obiettivi del progetto, che consiste nel promuovere processi di sostegno e inclusione sociale. Come emerge dai racconti delle donne e confermato anche dagli studi, spesso il vissuto da alcoliste è segnato dall'isolamento e dalla distanza dalle tradizionali risorse di supporto. Così la partecipazione in un gruppo potrebbe ristabilire una connessione vitale e assicurare nuove risorse (Walde et al., 2002): «Non è mai abbastanza per me. Ogni volta è uno stimolo nuovo. Perché può succedere l'aggregazione così, nei discorsi, e può succedere l'aggregazione nei momenti ludici, nei trattamenti, quando siamo andate in gita, nelle piccole cose. E quindi per me è di vita importanza».

Molti studi sottolineano che il dare e ricevere supporto sociale può essere un fattore strumentale al processo di recupero (Sword et al., 2009). Ascoltare i racconti di altre donne e seguire anche i loro miglioramenti incoraggia e infonde un senso di speranza (Sword et al., 2004): «Per me

è importante la socializzazione, l'universo femminile, questo sconosciuto. E sentire le storie delle altre mi dà forza». All'interno del programma le donne si sentono al sicuro perché libere da pregiudizi e manipolazioni, e in grado di condividere con altre le loro storie (Sword et al., 2004): «Si parla della vergogna e qua non si ha nessuna vergogna, siamo tutte più o meno uguali».

Attraverso il coinvolgimento nel programma, le donne rafforzano il proprio valore, elemento che risulta significativo considerando che le donne alcoliste tendono a manifestare bassi livelli di autostima (Sword et al., 2004): «All'inizio mi sentivo un po' imbarazzata. Dicevo: "mi merito tutto questo? Dopo che le ho combinate di tutti i colori?" Mi sentivo anche un poco in colpa di venire qua e di prendermi un qualcosa, di stare bene».

Conclusioni

Sebbene non siano disponibili dati sperimentali ricavati da un'indagine quantitativa, lo studio qualitativo effettuato mostra che il progetto sembra rispondere alle esigenze specifiche riportate dalle donne con patologie alcol correlate. L'esperienza operativa risulterebbe efficace nel rafforzare la motivazione al percorso di cura e di cambiamento, nel fornire competenze e strategie personali atte a superare la fase critica ed a fronteggiare le dinamiche tipiche della dipendenza. Le diverse *partnership* contribuirebbero a qualificare e arricchire ulteriormente l'offerta del servizio. Inoltre la disponibilità di uno spazio di cura e di aggregazione occuperebbe un ruolo fondamentale nel favorire la costituzione del gruppo, che col passare degli anni, è diventato sempre più numeroso ed autogestito. Il consolidarsi dei rapporti interpersonali è avvenuto anche grazie alla realizzazione di eventi che hanno coinvolto, oltre la rete familiare, il territorio cittadino.

Il progetto, alla luce delle testimonianze delle donne, diventa un percorso di grande valore per il loro programma di cura e guarigione. Il trattamento di riabilitazione promuove un cambiamento di atteggiamento delle donne coinvolte. Da fruitrici di un servizio, diventano così soggetti attivi facendosi loro stesse promotrici consapevoli di salute. Si passa quindi dall'auto-aiuto all'organizzazione di eventi di prevenzione sul tema alcol, lungo un *continuum* che vede le donne sviluppare competenze di vita e strategie di *empowerment*.

Note

1. Con "effetto telescopico" si intende il fenomeno per cui la donna, pur iniziando a bere più tardi, manifesta complicanze molto più precocemente rispetto all'uomo (Travaglini e Giardinelli, 2005).
2. Nel 1988 il Gruppo Pompidou organizzò il *First Pompidou Group Symposium on Women and Drugs*, e nel 1993 a Praga fu

presentato l'*International Expert Seminar on Women and Drugs*, seguito da un secondo *Pompidou Group Symposium on Women and Drugs* nel 1995.

3. Il *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) promuove il primo programma di trattamento dedicato specificatamente a donne con problemi di abuso da sostanze nel 1973-1974 (Grella, 2008).
4. Paragrafo tratto da Stevens S.J., Andrade R.A., Ruiz B.S. (2009). Women and substance abuse: Gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3): 341-358. doi: 10.1080/15332640903110542.
5. Dati ricavati dalla piattaforma mFp del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUITs.

Bibliografia

- Ashley O.S., Marsden M.E., Brady T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1): 19-53. doi: 10.1081/ada-120018838.
- Belenky M.F., Bond L.A., Weinstock J.S. (1997). *A tradition that has no name: Nurturing the development of people, families, and communities*. Basic Books.
- Belenky M.F., Clinchy B.M., Goldberger N.R., Tarule J.M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind* (Vol. 15). New York: Basic books.
- Bloom B., Owen B., Covington S. (2003). Gender-responsive strategies. *Research, practice and guiding principles for women offenders*: 31-48. doi: 10.1177/0734016806288335.
- Brady T.M., Ashley O.S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. doi: 10.1037/e304222005-001.
- Chapman C.R., Gavrini J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353(9171): 2233-2237. doi: 10.1016/s0140-6736(99)01308-2.
- Compton W.M., Conway K.P., Stinson F.S., Colliver J.D., Grant B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. doi: 10.4088/jep.v66n0602.
- Covington S. (2002). Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp. 52-72).
- Covington S.S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, 40(sup5): 377-385. Testo disponibile al sito: www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf. Data di consultazione: 14 marzo 2018. doi: 10.1080/02791072.2008.10400665.
- Dahlgren L., Willander A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 13(4): 499-504. doi: 10.1111/j.1530-0277.1989.tb00366.x.
- Finkelstein N. (1993). Treatment programming for alcohol and drug-dependent pregnant women. *International Journal of the Addictions*, 28(13): 1275-1309. doi: 10.3109/10826089309062189.
- Greenfield S.F. (2002). Women and alcohol use disorders. *Harvard review of psychiatry*, 10(2): 76-85. doi: 10.1080/10673220216212.
- Greenfield S.F., Grella C.E. (2009). Alcohol & Drug Abuse: What Is "Women-Focused" Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric services*, 60(7): 880-882. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.880.
- Greenfield S.F., Brooks A.J., Gordon S.M., Green C.A., Kropp F., McHugh R.K., ..., Miele G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug & Alcohol Dependence*, 86(1): 1-21. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012.
- Grella C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: Changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5): 327-343. doi: 10.1080/02791072.2008.10400661.
- Mancinelli R., Guiducci M.S. (2004). La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 19-23.
- McTaggart R. (1996). Issues for participatory action researchers. *New directions in action research* (pp. 243-256). doi: 10.4324/9780203392935_chapter_13.
- Orwin R., Francisco L., Bernichon T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis*. Fairfax, VA: Center for Substance Abuse Treatment.
- Psicoterapeuta R. (2004). Aspetti psicologici connessi all'uso di alcol. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 11-17.
- Scafato E. (2004). Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Ann Ist Super Sanità*, 40(1): 25-33.
- Stevens S.J., Arbiter N. (1995). A therapeutic community for substance-abusing pregnant women and women with children: Process and outcome. *Journal of psychoactive drugs*, 27(1): 49-56. doi: 10.1080/02791072.1995.10471672.
- Stevens S.J., Andrade R.A., Ruiz B.S. (2009). Women and substance abuse: Gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3): 341-358. doi: 10.1080/15332640903110542.
- Stokols D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4): 282-298. doi: 10.4278/0890-1171-10.4.282.
- Surrey J.L. (1997). The relational model of women's psychological development: Implications for substance abuse. *Studies*, 335, 351.
- Sword W., Jack S., Niccols A., Milligan K., Henderson J., Thabane L. (2009). Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm reduction journal*, 6(1): 32. doi: 10.1186/1477-7517-6-32.
- Sword W., Niccols A., Fan A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC public health*, 4(1): 10. doi: 10.1186/1471-2458-4-10.
- Travaglini R., Giardinelli L. (2005). Fenomeno alcolismo e differenze di genere. *Giorn Ital Psicopat*, 11: 437-444.
- Walde H., Urgenson F.T., Weltz S.H., Hanna F.J. (2002). Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. *Journal of Counseling & Development*, 80(2): 145-153. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00177.x.

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

Gli outcome nel trattamento dell'alcoldipendenza. L'esperienza del SA di piazza Montale – Torino

Bruno Scutтери*, Bruno Tortia**, Emanuele Bignamini***

Introduzione

L'Alcol-Dipendenza è una malattia cronica recidivante nella cui genesi interagiscono in varia misura fattori strettamente associati tra loro di tipo biologico, vulnerabilità genetica, e ambientale.

Va considerata come “il frutto di una relazione patologica di un individuo con la sostanza che si esprime e sviluppa in un dato contesto e che presenta delle ricadute sul piano sociale, familiare, lavorativo, relazionale” (Bignamini *et al.*, 2006).

L'esposizione cronica all'alcol, sul piano neurobiologico, determina un neuroadattamento di molteplici sistemi cerebrali (in particolar modo delle vie dopaminergiche della ricompensa che svolgono un ruolo preminente nella strutturazione del comportamento additivo) che si traduce in una prevalenza funzionale del sistema mesolimbico (le cui funzioni riguardano il piacere, la memoria emozionale, il condizionamento e l'habit, la motivazione all'uso), su quello corticofrontale di controllo. L'abuso cronico di alcol, causa del neuroadattamento, si trasforma in progress in effetto dello stesso, completando così il loop del consumo problematico.

Il trattamento dell'alcol dipendenza è di tipo multimodale integrato ed ha il suo “core” nel trattamento del rapporto con la sostanza e del craving e nel riconoscimento e fronteggiamento delle situazioni ed eventi, interiori e ambientali, che espongono al rischio di ricaduta.

Considerati gli effetti nella vita dell'individuo comprende anche la cura delle patologie correlate, la riabilitazione

psico-socio-relazionale dell'alcol-dipendente e del nucleo familiare e si avvale di strumenti farmacologici e psico-socio-educativi (pse) individuali e di gruppo.

L'integrazione dei trattamenti sanitario e pse, sul piano neurobiologico ha un suo corrispettivo, in particolare la farmacoterapia agisce sulla neurotrasmissione alterata dalla cronica presenza dell'alcol, il trattamento pse svolge un'azione neuroplastica insieme ai vissuti esperienziali e relazionali consentiti dallo stato di sobrietà a cui contribuisce in modo sostanziale il trattamento farmacologico.

Una parte essenziale del trattamento consiste nell'individuazione di obiettivi che sono il risultato di una negoziazione tra le rappresentazioni della malattia dell'operatore e del paziente.

Tali rappresentazioni, in genere divergenti, richiedono un trattamento psico-educativo che le avvicini fino a farle convergere per potere individuare obiettivi trattabili e concordati e per non incorrere nel rischio di indurre il paziente a vivere nuovi fallimenti.

Nel nostro servizio trattiamo questo aspetto sia individualmente sia attraverso un gruppo psicoeducativo di “alfabetizzazione cognitivo-emotiva” che viene attivato sin dalla fase di accoglienza/valutazione diagnostica dei pazienti e richiede come prerogativa, per la partecipazione al gruppo, lo stato di sobrietà, anche se il paziente presenta ancora un rapporto problematico attivo con la sostanza.

L'obiettivo del gruppo è quello di aiutare i pazienti a riconoscere ciò che accade nella propria vita, “dando un nome alle cose”, a riconoscere che molti comportamenti/sintomi, pur declinati attraverso le proprie caratteristiche individuali, fanno parte della malattia e sono comuni a tutti i pazienti affetti da alcoldipendenza, ad ampliare la consapevolezza della malattia andando oltre il giudizio e la colpa.

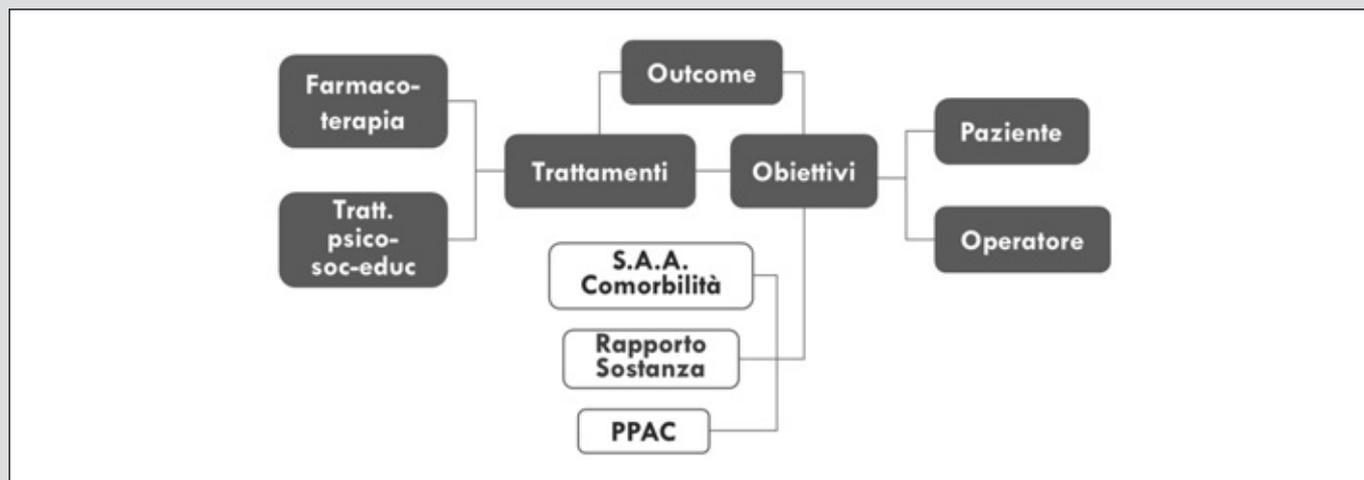
Lo schema della figura 1 riepiloga quanto detto in premessa.

* Referente del Servizio di Alcolologia Torino Nord – SC Dipendenze Torino Nord - SSD Alcolologia.

** Responsabile del Sistema Informativo della Struttura Complessa Dipendenze Torino Nord.

*** Direttore della Struttura Complessa Dipendenze Torino Nord.

Fig. 1 - Relazione tra obiettivi, trattamenti e outcome



Gli obiettivi, come detto, sono individuati attraverso una negoziazione delle due rappresentazioni della malattia, dell'operatore e del paziente.

Il trattamento più efficace è quello che integra l'intervento sanitario e pse.

Gli outcome rappresentano gli esiti dei trattamenti di obiettivi mirati che possiamo riassumere brevemente come segue.

Il trattamento della Sindrome Astinenziale da Alcol (SAA) e della comorbidità, conditio sine qua non del trattamento riabilitativo, il trattamento del rapporto con la sostanza, "core" del trattamento dell'alcoldipendenza, ed il trattamento delle patologie e problematiche alcol correlate (PPAC), ovvero delle ricadute che l'alcoldipendenza ha sul piano psicofisico, affettivo, familiare, socio-relazionale, lavorativo ecc.

Metodologia

Lo studio riguarda i dati clinici di efficacia dei trattamenti dell'utenza in carico al nostro Servizio di Alcologia nell'anno 2016.

L'insieme dei dati raccolti ci ha anche consentito di effettuare un benchmarking tra il SA ed i due SerD del Dipartimento sull'efficacia complessiva dei trattamenti.

I dati vengono raccolti in una scheda del progetto terapeutico, la cui compilazione viene effettuata dalla mini equipe coinvolta sul caso, che include gli obiettivi individuali e i trattamenti mirati corredati di indicatori e standard.

Infine, con cadenza annuale, si verificano gli esiti del trattamento.

In particolare alla fine di ogni anno si verificano gli esiti dell'anno in corso e si individuano gli obiettivi per l'anno successivo.

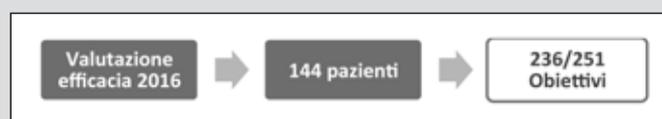
Ovviamente, per i nuovi utenti che hanno ultimato la fase di valutazione diagnostica, si procederà esclusivamente all'individuazione dei primi obiettivi del progetto terapeutico che saranno poi verificati alla fine dell'anno.

Dalla compilazione delle schede obiettivi vengono esclusi gli utenti che hanno ancora la cartella clinica aperta, ma che sono stati persi di vista e sui quali al momento non è possibile individuare obiettivi concordati (le cartelle cliniche vengono chiuse o in seguito alle dimissioni dell'utente o a distanza di un anno dalla perdita del contatto con il paziente) e gli utenti che hanno una presa in carico inferiore ai tre mesi, tempo necessario per completare la prima fase diagnostica propedeutica alla formulazione del progetto terapeutico.

Per tale ragione a fronte di un'utenza complessiva afferente al nostro servizio nell'intero anno 2016 corrispondente a 212 utenti, i dati di efficacia verificati riguardano 144 pazienti per i quali sono stati individuati 251 obiettivi, di cui 236 verificati e 15 non verificati.

Vedi figura 2.

Fig. 2 - Numero complessivo pazienti e obiettivi corrispondenti

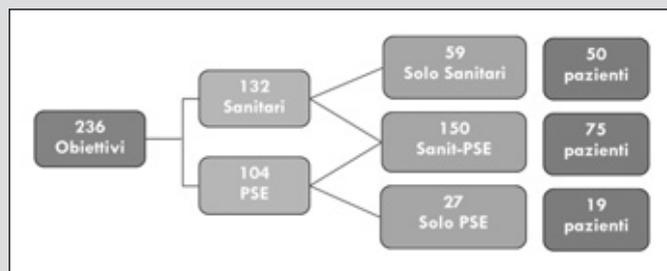


Da questo momento faremo riferimento esclusivamente agli obiettivi verificati.

Risultati

I 236 obiettivi sono stati suddivisi per tipologia secondo lo schema illustrato in figura 3.

Fig. 3 - Suddivisione degli obiettivi per tipologia



Gli obiettivi sanitari sono 132 a fronte di 104 obiettivi pse. A loro volta la maggior parte dei progetti terapeutici, contiene obiettivi sia sanitari sia pse (150), mentre quelli esclusivamente sanitari e pse sono rispettivamente 59 e 27. Lo schema su riportato evidenzia inoltre il numero corrispondente di pazienti per ciascuna tipologia di obiettivi complessivi per ciascuno dei due SerD e del SA del nostro Dipartimento Dipendenze TO nord ovest. La valutazione di efficacia viene espressa percentualmente, a seconda del grado di realizzazione, in obiettivi realizzati, parzialmente realizzati e non realizzati. Le percentuali di piena realizzazione sono molto simili per i tre servizi e si può anche osservare una quasi equivalenza dell'efficacia dei trattamenti tra il SerD1 ed il SA mentre il SerD2 ha una maggiore realizzazione parziale degli obiettivi e di conseguenza una minore percentuale di non realizzazione.

Tab. 1 - Dati di efficacia dei due Serd e del SA

EFFICACIA TRATTAMENTI PER OBIETTIVI - 2016			
	SERD 1	SERD 2	SA
Realizzati	48,1%	47,1%	46,7%
Parzialm. realizzati	29,6%	36,2%	27,9%
Non realizzati	22,3%	16,6%	25,4%

La figura 4 riassume graficamente le percentuali di realizzazione complessiva, totale e parziale dei tre Servizi.

Fig. 4

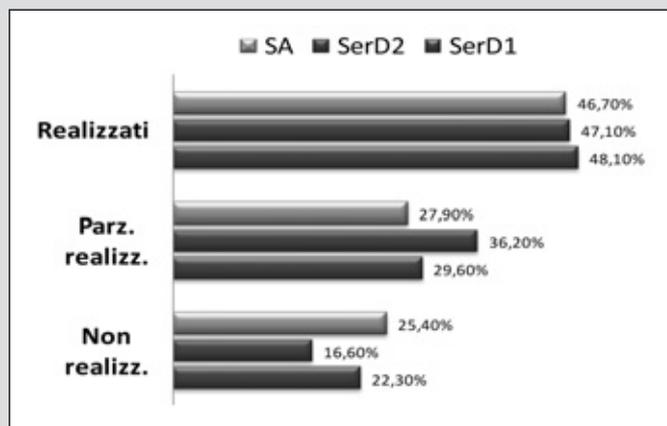
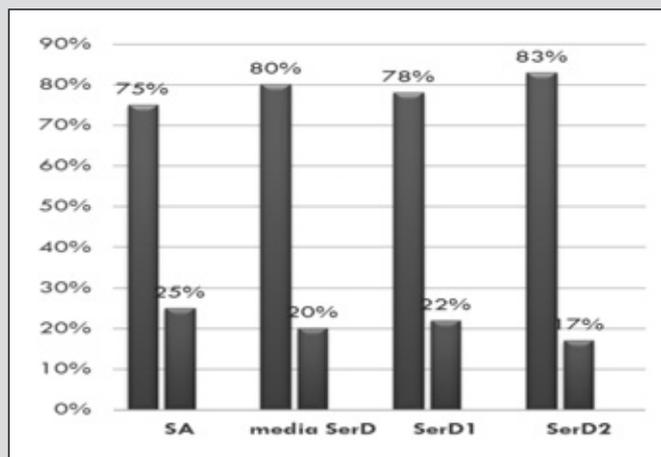


Fig. 5 - Realizzazione complessiva totale e parziale

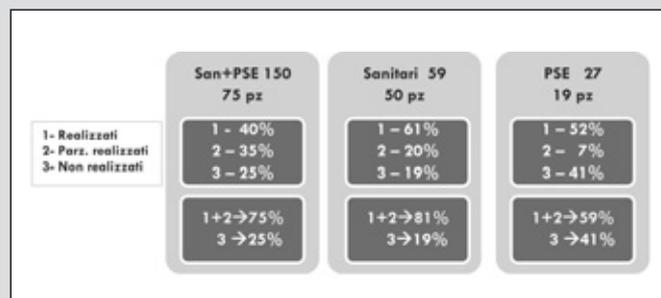


Il grafico qui sopra evidenzia il dato quasi sovrapponibile di efficacia tra la media dei due SerD ed il SA (80% vs 75%) I valori di efficacia complessiva sono maggiori nel SerD2, 83%, rispetto a SerD1 e SA, rispettivamente 78% e 75%

Abbiamo quindi voluto valutare l'efficacia complessiva dei trattamenti (percentuale di realizzazione totale e parziale) dei tre Servizi confrontando anche l'efficacia del SA col dato medio dei 2 SerD.

Nella tabella 2 vengono riportati i dati di efficacia per ciascuno dei tre gruppi di obiettivi, ovvero sanitari+pse (misti), sanitari e pse.

Tab. 2 - Dati di efficacia per tipologia di obiettivi



Con i numeri 1, 2, 3 si indicano rispettivamente gli obiettivi realizzati, parzialmente realizzati e non realizzati. La tabella evidenzia una significativa percentuale di realizzazione complessiva degli obiettivi sanitari che raggiunge l'81% rispetto a quella degli obiettivi pse, 59%, e degli obiettivi "misti", 75%.

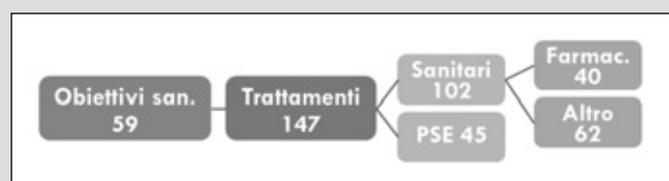
Questa prima osservazione può lasciare presupporre che il trattamento sanitario migliori l'efficacia di quello pse in considerazione dei dati di efficacia complessiva (Sanitaria 81%, pse 59%, misti 75%).

In accordo a quest'ultima osservazione si è voluto entrare nel merito degli obiettivi sanitari, vedi figura 6 in basso, per valutare quali siano i trattamenti impiegati per una così alta realizzazione degli obiettivi.

Bisogna considerare che l'efficacia degli obiettivi sanitari raggiunge l'81%, dato praticamente identico al dato di efficacia complessiva, ovvero riferita a tutte le tipologie di obiettivi dei 2 SerD, che raggiunge l'80%.

La figura 6 rappresenta una zoomata sugli obiettivi sanitari che sono in numero di 59 e per i quali sono stati effettuati 147 trattamenti, di cui 102 sono sanitari e 45 pse.

Fig. 6 - Zoomata sugli obiettivi sanitari: i trattamenti



I 102 trattamenti sanitari, a loro volta, sono suddivisi in terapie farmacologiche (40) ed altro (62), ovvero visite mediche, counseling, prescrizione esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche.

Conclusioni

La complessità di tutti i dati su esposti sollecita alcune considerazioni che meritano di essere discusse.

- L'efficacia del SA è quasi sovrapponibile a quella del SerD (75% vs 80%) in assenza di farmaco agonista. In particolare si è evidenziato che il dato di efficacia degli obiettivi esclusivamente sanitari del SA raggiunge l'81%, dato praticamente identico a quello di efficacia complessiva, ovvero riferita a tutte le tipologie di obiettivi, dei SerD, che raggiunge l'80%.

Addentrando nella tipologia dei trattamenti effettuati per la realizzazione degli obiettivi sanitari (81%) si osserva un impiego significativo di trattamenti pse (in aggiunta a quelli sanitari), 45 su 147 totali, circa 1/3 dei trattamenti complessivi.

- Il dato di efficacia degli obiettivi "misti" è del 75% ed è sostanzialmente superiore alla percentuale di realizzazione degli obiettivi pse che si colloca sul 59%; quella degli obiettivi esclusivamente sanitari è invece dell'81%. In relazione a tali dati si può affermare che l'insieme dei trattamenti sanitari e pse migliora l'efficacia del trattamento pse.

Infatti il dato di efficacia degli obiettivi sia sanitari sia pse (75%) è superiore a quello degli obiettivi esclusivamente pse (59%).

Un'ulteriore considerazione può essere fatta in relazione al dato di efficacia degli obiettivi sanitari, 81%, che è leggermente superiore a quello degli obiettivi misti, 75%.

Gli obiettivi misti contengono quelli pse il cui dato di efficacia sposta verso il basso quello sanitario.

È lecito supporre che l'intervento sanitario per il suo carattere tecnico e di specificità, anche in assenza di farmaco sostitutivo agonista, ma grazie comunque all'ausilio farmacologico, dia maggiore garanzia sia nella scelta degli obiettivi sia sul piano delle aspettative di risultato. L'intervento pse, di contro, richiede un "cambiamento" della persona non mediato chimicamente e quindi più "realizzativo", inevitabilmente meno efficace nel breve termine, ma potenzialmente determinante nel lungo periodo.

- In considerazione della tipologia di trattamenti effettuati nell'ambito degli obiettivi esclusivamente sanitari, si può evincere l'importanza dell'approccio medico complessivo e non esclusivamente farmacologico.

I dati in effetti mostrano che su 102 trattamenti effettuati per 50 pazienti, quelli farmacologici sono 40, mentre gli "altri" trattamenti sono 62 e comprendono visite mediche, counseling, prescrizione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche.

- In ultimo, quello che i dati in apparenza non mostrano. A noi sembra di potere sostenere che il dato di efficacia comprenda un cambiamento sostanziale nell'approccio del paziente alla propria quotidianità che è esito del trattamento, dello stato di astinenza e delle sue ricadute positive nella vita relazionale, affettiva, familiare, lavorativa, sociale ecc.

Questo aspetto meriterebbe un approfondimento ed un confronto tra le realtà che operano nell'ambito dell'alcoldipendenza sulle modalità di approccio pse (più che su quello sanitario) che si diversificano sia in relazione alla storia dei servizi e al loro background culturale, sia per le differenze nella composizione professionale delle diverse equipe, che influenzano l'espressione del trattamento. Infine si è solo accennato al fatto che l'astinenza (e le relazioni affettive e sociali che ne conseguono) svolge un'azione significativa sul piano della neuroplasticità contribuendo ad un migliore armonia psichica che si riflette nelle funzioni espressive, di relazione e di reazione agli stimoli ambientali.

Bibliografia

- Anton R.F. (1999). What Is Craving? Models and Implications for Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3).
- Bignamini E., Arcieri L., Damiani M., Giulio R., Minniti M., Zazza S. (2006). *La dipendenza da sostanze*. Ed. Publiedit.
- Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Ed. Publiedit.
- Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001). Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico. *Boll. Farmacodip. e Alcoolis.*, XXIV(1).
- Gerra G., Zaimovic A. *Craving: aspetti comportamentali e biologici, Vulnerabilità all'Addiction*.
- Gilpin N.W., Koob G.F. (2008). Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms. *Alcohol Research & Health*, 31(3).
- Koob G., Volkov N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, Aug, 3(8): 760-73.
- Verheul R., Van Der Brink W., Geerlings P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2): 197-222.

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



La terapia della infezione da HCV nei pazienti tossicodipendenti



Potremmo dire che è da sempre che gli operatori dei Servizi per le Dipendenze combattono per i loro pazienti una battaglia di salute contro le malattie infettive.

I quadri clinici di questa patologia complessa, soprattutto per i setting in cui si esprime, ma anche per l'impatto che hanno le stesse sostanze di abuso sul sistema immunitario, è costellato dalla prevalenza di patologie di natura infettivologica con tassi molto più elevati di quelli riscontrati nella popolazione normale.

Spiccano la infezione da HIV, che ha mietuto vittime negli anni '80 e '90 in assenza di interventi terapeutici possibili e validi, e la infezione da virus dell'epatite C che ancora oggi uccide molti più pazienti dipendenti da eroina che non la droga stessa per overdose, ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) o incidenti stradali.

La comunità di coloro che sono dediti all'uso di droghe per via parenterale rappresenta il bacino epidemiologico naturale per perpetuare la diffusione della malattia.

Pur con la condivisione di questa consapevolezza gli studi epidemiologici non sono ancora in grado di esprimere numeri certi relativi alla prevalenza della infezione all'interno di questi soggetti, soprattutto se pensiamo a tutti i consumatori di droghe per via endovenosa che non sono attualmente in cura nei Ser.D.

Il raggiungimento degli obiettivi che si è dato il nostro SSN di avvicinarsi il più possibile alla **eradicazione della infezione da HCV**, vede come protagonisti i Servizi per le Dipendenze, i Centri di cura infettivologici ed epatologici e risulta fondamentale un gioco di squadra tra queste strutture, da promuovere in ciascuna ASL.

FeDerSerD intende con questo numero di FeDerSerD Informa dare un contributo ed un aiuto al raggiungimento degli obiettivi

mettendo a disposizione di tutti i protagonisti di questa battaglia da combattere e da vincere un bagaglio minimo necessario di conoscenze da condividere.

Troverete in questa monografia le più recenti linee guida dell'AlFA, una review sul disturbo da uso di sostanze con una lettura delle più recenti conoscenze nel campo delle neuroscienze e, fondamentale, del loro impatto sulla clinica, la storia della terapia della infezione da HCV da quell'osservatorio "drammaticamente privilegiato" che è Milano e la Lombardia e la attualità e i limiti della epidemiologia da HCV in Italia, una review sulla terapia attuale per l'infezione da HCV con DAAs, la gestione della motivazione alla terapia della infezione, la integrazione ospedale-territorio con l'operatività tra SerD e reparti di epatologia/infettivi/gastroenterologia e il modello assistenziale del primary nursing applicato alle nuove strategie di intervento per la cura dell'epatite C nella popolazione PWID nei servizi per le dipendenze, il ruolo delle agenzie regionali e aziendali per la promozione e la gestione della terapia per la infezione da HCV nei pazienti in cura presso i Ser.D. e EpaC onlus che illustra il ruolo di questa primaria associazione nel promuovere la attivazione di tutte le agenzie necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di cura per tutti i pazienti e la narrazione di un medico infettivologo Ser.D. sull'Epatite C che offre una contestualizzazione delle possibilità, delle risorse disponibili, e soprattutto della maturità e della crescita dei nostri sistemi di cura per le dipendenze per arrivare ad affermare il ruolo fondamentale.

FeDerSerD Informa n. 31 è a cura di Pietro Fausto D'Egidio e Giorgio Barbarini.

Sul sito web www.federserd.it il testo integrale.

Valutazione dell'incapacità: perizie e periti nei nuovi scenari della legge 81/2014 sul superamento degli OPG

Federico Durbano*, Giovanna Crespi**

Premessa

La l. n. 81 del 2014 ha stabilito il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, deve considerarsi soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando *“sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”*.

Al centro del nuovo sistema i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) sono divenuti, ancora una volta e senza adeguamento delle necessarie risorse, elementi centrali del percorso trattamentale e titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, quanto più possibile, tali percorsi in contesti territoriali e residenziali.

Le REMS rappresentano quindi soltanto uno degli elementi del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti autori di reato con patologie psichiche.

In tale contesto assume quindi una rilevanza centrale e importantissima il ruolo del perito, le sue relazioni con i servizi che hanno/avranno in carico il soggetto, e le modalità stesse con le quali la perizia dovrà essere assegnata da parte dei Magistrati competenti.

Allo stesso modo, il processo di revisione della pericolosità sociale secondaria e correlata a infermità psichiche impone che i servizi titolari del caso siano in strettissimo rapporto con la Magistratura di Sorveglianza, svolgendo funzioni certificatorie a valore peritale (quando invece non sia stato incaricato specificamente un perito a risolvere complessi problemi psichiatrico-forensi), per le quali è quindi necessario condividere un livello minimo essenziale di caratteristiche formali e contenutistiche. Il concetto di “infermità” infatti è molto più ampio e aleatorio del concetto di patologia ed impone riflessioni più attente rispetto a progetti di assunzione in cura/presa in carico e a percorsi trattamentali complessi.

Va sottolineato inoltre che i Servizi Territoriali di cura (sia in ambito psichiatrico che in ambito delle dipendenze) non possono sopperire o sostituire la valutazione peritale poiché il lavoro peritale comporta un'attività di formazione continua che va oltre la preparazione fornita dalle scuole di formazione di psichiatra in quanto riguarda un committente (magistrato) e un utente (il periziando) diversi da coloro che si incontrano tradizionalmente negli ambulatori o studi privati.

* Direttore UOC Psichiatria 34 Martesana. Vice Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana.

** Responsabile S.S. Psichiatria, ASST Monza.

Una delle criticità già segnalate dal Commissario Straordinario Corleone nella sua relazione del 2017 faceva riferimento all'uso incorretto degli internamenti in REMS anche per le misure provvisorie, condizione che determina tuttora (in quanto irrisolta) condizioni di criticità nella gestione dei flussi dei pazienti tra le varie strutture residenziali (ordinarie e giudiziarie) esponendo i Servizi Psichiatrici a concreti rischi di inserimento improprio in SPDC per tempi indeterminati di soggetti in attesa di più corretta allocazione (o perché non ancora reperita o perché il percorso giudiziario non si è ancora concluso) [cit. in 1].

Anche in questi casi un corretto raccordo con i periti incaricati, ed un più mirato incarico peritale (sulla cui esecuzione si pretende che i Servizi Territoriali, sia di psichiatria che delle dipendenze, esercitino una attenta supervisione clinica e organizzativa...) potrebbero contribuire a governare meglio le eventuali criticità.

Le REMS

- Strutture residenziali ad alta intensità di cura, alta assistenza ed alta sicurezza
- Esecuzione misure di sicurezza per i definitivi
- In realtà anche luogo di parcheggio per attese di giudizio
 - Spazi sottodimensionati rispetto alla domanda
- Responsabilità solo sanitarie
 - Non adeguata preparazione degli operatori ad una popolazione necessariamente promiscua dal punto di vista clinico
- Aspetti custodiali «esterni» alla struttura
- Non solo soggetti psichiatrici ma anche “tossici” prosciolti per vizio di mente

Infine, non trascurabile, l'impatto che l'uso problematico di sostanze determina sulle condotte anti-giuridiche è un ulteriore elemento di criticità che la legge 81 non ha adeguatamente preso in considerazione, assumendo sotto lo stesso cappello omnicomprendente tutte le condizioni di scompenso, senza tenere conto delle diverse specificità degli abusatori (con o senza patologie psichiatriche maggiori), dei percorsi di trattamento (organizzazione, normativa e finanziamento delle residenzialità per le dipendenze sono del tutto difforni da quelli della psichiatria “classica”), degli stessi percorsi giudiziari previsti dal codice penale (dei quali spesso i periti stessi non sono adeguatamente a conoscenza e sui quali una adeguata vigilanza si impone per non immettere erroneamente nei circuiti di cura fattispecie che altre strade hanno previste per il loro trattamento).

Da ultimo, non tutte le strutture detentive sono dotate dei previsti presidi di osservazione e trattamento medico, facendo di fatto defluire tutte le condizioni di scompenso psicopatologico nei servizi sanitari extracarcerari.

Il trattamento del tossicodipendente

- Legge 49/2006
- de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico
 - al «ti curo punendoti», conseguente ad una concezione della tossicodipendenza come malattia, si coniuga il «ti punisco curandoti» che rimanda alla tossicodipendenza come colpa (BECONI-FERRANINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative*)
- tre strade alternative:
 - l'affidamento in prova (art. 94)
 - Sospensione della pena (art. 90)
 - Detenzione in istituti destinati ai soli soggetti dipendenti (art. 95)
 - ICAtt (Istituti a Custodia Attenuata)

Aporie

- Rimane ampiamente aperto il problema dei comportamenti anti-giuridici condotti sotto l'influenza di sostanze da abuso
 - La legge 81 prevede solo il ruolo e la centralità della branca «psichiatria», dimenticando totalmente l'area dei comportamenti di abuso
 - Possibile criticità nel percorso di cura, che la legge prevede essere di tipo «psichiatrico» ma che il circuito «psichiatrico» non è in grado di assorbire
- Definizione del concetto di "tossicodipendenza"

Modalità di valutazione del periziando

È necessario premettere che nel caso del "paziente periziando" un solo e ben determinato comportamento, il reato, acquisisce un'importanza prevalente e fondamentale per la valutazione complessiva e pertanto la finalità medico-legale così come l'ambiente, soprattutto nel caso il periziando sia detenuto, potrebbero compromettere l'autenticità del colloquio clinico.

Il contesto dell'indagine peritale rende difficile costruire quell'alleanza terapeutica che nel contesto clinico è la naturale conseguenza della relazione medico-paziente con finalità curative. È pertanto importante ricercare dati obiettivi che riconducano alla struttura psichica, al funzionamento cognitivo del periziando attraverso l'osservazione clinica ripetuta, una raccolta anamnestica puntuale, la raccolta di notizie e fatti rilevanti nonché l'impiego di una adeguata batteria testale (si veda il testo magistrato di Ferracuti per un riferimento alla validità accettabile dei test psicodiagnostici in ambito forense, oltre alle considerazioni di Fornari nel suo Trattato) [2,3].

La valutazione dell'incapacità

Secondo il dettato del Codice penale – Art. 85: "è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

La "Capacità di intendere" rappresenta la capacità di capire cosa si sta facendo; l'attitudine ad orientarsi nel mondo esterno e percepire correttamente la realtà; la capacità di rendersi conto del valore sociale dell'atto che si compie.

È l'aspetto cognitivo della complessa capacità di agire del soggetto, deriva dallo sviluppo armonico del sistema nervoso centrale, ed è spesso influenzata da stati emotivi, passionali o tossici.

La "Capacità di volere" rappresenta la capacità di volere gli effetti che si sono prodotti, la capacità di distinguere ciò che bisogna fare e ciò che non bisogna fare.

Anche in questo caso il contenuto di tale capacità va ravvisato nella maturità psichica e nella sanità mentale.

I due aspetti della valutazione, intendere e volere, spesso vengono considerati nel loro assieme in quanto complementari, ma una adeguata valutazione dovrebbe tenere conto delle peculiarità dei due aspetti valutati, dando una specifica risposta ai singoli aspetti, per trarne poi una sintesi psichiatrico-forense.

La valutazione della capacità di intendere e volere ha una sua importanza, nello spirito del legislatore, in quanto influisce sulla cosiddetta presunzione di non rieducabilità/non comprensione della riprovazione sociale (ovvero della pena eventualmente

irrogata): un soggetto affetto da infermità psichica da cui ne deriva una incapacità e che commette un reato non è meritevole di rimprovero e qualora gli venga inflitta una pena, essa non avrebbe alcuna funzione rieducativa (come previsto dall'art. 27 comma 3 della Costituzione della Repubblica Italiana) ma solo affittiva, e quindi in contrasto col dettato costituzionale.

Appare evidente, quindi, quanto sia importante una corretta valutazione del grado di incapacità del soggetto valutato, anche ai fini di predisporre, da parte del Magistrato, una eventuale ed adeguata misura di sicurezza a tutela della collettività.

Per non entrare nel merito della posizione di garanzia dei curanti, che viene differentemente declinata in base all'eventualità ed al grado di incapacità del soggetto in cura (cfr. tra i tanti Cass. pen., sez. V 27 giugno 2000; Cass. pen., sez. I, 25 marzo 2004 n. 16940; Cass. pen., sez. I, 9 aprile 2003 n. 19532; Sezioni Unite della Cassazione del 8 marzo 2005 n. 9163).

Dove, in ambito psichiatrico, una condizione di scompenso psicotico (vuoi per sindrome schizofrenica vuoi per sindrome bipolare) apparentemente non presenta particolari problemi quanto meno diagnostici, particolare importanza e delicatezza assume invece il tema dell'uso, abuso e dipendenza da alcool e sostanze con le correlate ricadute psico-comportamentali.

L'ubriachezza è disciplinata nel nostro codice secondo criteri di notevole severità, dovuti alla voglia e necessità di combattere tale fenomeno. Parificata all'ubriachezza nel trattamento normativo è la tossicodipendenza.

L'ubriaco di per sé (l'intossicato acuto in senso generale), perlomeno nei casi più gravi, ha clinicamente una capacità di intendere e di volere quantomeno fortemente ridotta; tuttavia la legge lo parifica all'imputabile addirittura (in determinate fattispecie) aumentando la pena.

Questa è stata una scelta del legislatore finalizzata a scoraggiare anche solo la tentazione di ubriacarsi o drogarsi (le statistiche ovviamente dimostrano che tale scelta strategica non ha impattato come previsto sui comportamenti dell'umanità...).

A puro titolo didattico si rammentano quindi gli artt. del cp relativi ai reati commessi sotto l'uso di sostanze (l'art. 93 del cp equipara uso di alcool a uso di sostanze psicoattive):

- Il cp distingue l'ubriachezza vera e propria (stato acuto e transiente) dalla cronica intossicazione da alcool.
 - Art. 91: ubriachezza accidentale. Presunzione di incolpevolezza, il perito dovrà accertare l'eventuale incapacità parziale o totale legata allo stato di "piena ubriachezza", condizione che si sarebbe manifestata per puro caso fortuito.
 - Art. 92: ubriachezza volontaria. Presunzione di colpevolezza. L'ubriaco, sebbene alterato, ha un certo grado di volontà che può essere considerato alla stregua dei norma-

li parametri del diritto penale. Il perito dovrà valutare attentamente gli aspetti soggettivi che hanno condotto all'abuso (ovvero la precisa volontà precedente ai fatti di porsi in stato di alterazione psichica assumendo sostanze in modo volontario) e non tanto le determinanti delle conseguenze antiggiuridiche che ne siano derivate.

- Art. 94: ubriachezza abituale. Presunzione di colpevolezza con incremento della pena e successiva misura di sicurezza in Casa di Cura e Custodia (CCC). Il legislatore sottolinea, in questa fattispecie, la condizione temporanea delle alterazioni psichiche legate all'assunzione di sostanze, assumendo tra esse anche la condizione descritta come "dipendenza psichica", riconoscendo quindi al soggetto intossicato quei necessari e sufficienti gradi di libertà per evitare di porsi in stato di intossicazione.
- Art. 95: ubriachezza cronica. Il legislatore voleva alludere a tutti quei casi in cui l'alcolismo ha provocato gravi intossicazioni, o patologie fisiche obiettivabili. Si applicano in questo caso gli artt. 88 e 89 del cp sulla incapacità totale o parziale. In questo caso il compito del perito è delicato e fondamentale, per evitare inflazioni diagnostiche in assenza dei chiari criteri che il legislatore ha sottolineato: in sintesi, deve essere ravvisabile un danno d'organo derivante dall'uso cronico di sostanze, devono essere evidenti alterazioni psichiche ma anche fisiche permanenti che condizionino, anche in assenza di uso acuto di sostanze, cognitività e volontà del soggetto. In questa fattispecie rientrano le condizioni di dipendenza psichica e fisica.

Dalla breve sintesi sopra esposta appare quindi evidente come il ruolo del perito, nei casi sempre più frequenti di comportamenti espressi in condizioni di intossicazioni esogene, sia centrale anche per la scelta del corretto percorso giudiziario.

Sempre a fini didattici si ricorda che il percorso trattamentale dei soggetti con dipendenza da sostanze segue i dettati di una specifica normativa, la legge 49/2006, basata sul presupposto della de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico, secondo un interessante assunto che, al «*ti curo punendoti*» conseguente ad una concezione della tossicodipendenza come malattia, coniuga il «*ti punisco curandoti*» che rimanda alla tossicodipendenza come colpa [4].

Il trattamento non detentivo prevede i seguenti percorsi alternativi:

- Affidamento in prova (art. 94).
- Sospensione della pena (art. 90).
- Detenzione in istituti destinati ai soli soggetti dipendenti (art. 95).
 - ICAAtt (Istituti a Custodia Attenuata).

Giova ricordare, infine, che nei casi di comportamenti correlati all'uso di sostanze la responsabilità è sempre e solo in capo al soggetto e non al circuito di cura, contrariamente a quanto, invece, avviene sempre più di frequente nei casi di reati compiuti da infermi di mente in carico (o anche solo in contatto estemporaneo) coi Servizi di Salute Mentale.

La valutazione della pericolosità sociale

Agli psichiatri (di certo e correttamente ai periti, ma ultimamente incorrettamente anche agli operatori dei Servizi Psichiatrici) è chiesto sempre più spesso di valutare genericamente la pericolosità sociale di un soggetto oltre che diagnosticare un'eventuale malattia o infermità di mente.

Secondo il codice penale la pericolosità sociale si declina in due momenti:

- **pericolosità sociale penale** (o criminale) che è di esclusiva competenza del magistrato (art. 203 ed art.133, CP e relative modifiche);
- **pericolosità sociale psichiatrica** che può essere valutata dallo psichiatra (ed eventualmente accettata o rifiutata dal magistrato che è, per legge, il perito dei periti).

Solamente il rilievo di uno stato di concreta pericolosità sociale determina la messa in atto di misure cautelari, di differente entità, che hanno lo scopo di neutralizzare o ridurre il rischio di CVP.

L'abrogazione dell'art. 204 cp, che trattava dell'accertamento della pericolosità senza fare riferimento all'infermità mentale, si è avuta con la Legge 10 ottobre 1986 n. 663, intitolata "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", altresì nota come Legge Gozzini, la quale all'art. 31 ha abrogato tout court la fattispecie della pericolosità presunta.

Appare evidente come il ruolo tecnico del perito, anche in questo ambito, sia di importanza cardinale onde orientare nel modo più corretto i percorsi trattamentali necessari (il che implica anche il livello di responsabilità dei Servizi titolari del caso che deve necessariamente essere declinato con le reali risorse disponibili – di nuovo centrale è il raccordo tra perito e operatori dei Servizi, che non deve basarsi solo su una trasmissione di materiale documentale ma impone incontri di chiarificazione e condivisione come già suggerito nella fase diagnostica preliminare). Come ben spiegato dal Fornari nel citato Trattato di Psichiatria Forense la nozione di pericolosità sociale si basa su una letteratura doppiamente stigmatizzante (nel senso "contaminata" e "confusiva") del comportamento delinquenziale del malato di mente e si fonda su tecniche predittive poco chiare che porta ad una commistione di istanze "terapeutiche" e di "neutralizzazione" che trovavano spazio nell'Ospedale psichiatrico giudiziario ora superato. Il concetto di "pericolosità sociale" è tuttavia molto discutibile, le basi della sua credibilità scientifica fanno riferimento a diversi presupposti, di cui quello "medico" è tutto sommato anche quello più fragile: i soggetti affetti da infermità psichiche non presentano un rischio significativamente superiore alla popolazione di riferimento di commettere atti antiggiuridici [5-7], dove invece i principali fattori di rischio attengono a categorie altre che non quelle strettamente cliniche [8].

Secondo questa posizione, la valutazione della pericolosità sociale rientra nella piena discrezionalità del Giudice (ai sensi dell'art. 204 comma 1, cp) e non dovrebbe essere affidata alla valutazione clinica psichiatrica. La riflessione nasce anche dalla evidente incapacità degli strumenti clinici attuali di fornire affidabili criteri e indici di predittività sull'argomento [9,10].

Un Autore non recentissimo, il Ponti, arriva a dichiarare che il concetto di pericolosità è un concetto quanto meno relativo, essendo ancorato al grado di colpevolezza morale e di allarme sociale suscitato dal reato, concetti quanto mai aleatori e variabili a seconda del contesto sociale e culturale del momento, destituiti quindi da ogni presunzione di scientificità [11,12]. Lo stesso perito, in genere, utilizza elementi prevalentemente non clinici nella valutazione del rischio di recidiva (di fatto, la pericolosità sociale): tasso di recidività, gravità del reato, condizioni socioeconomiche di partenza ecc. un conto è la "prognosi" (operazione di pertinenza medica) e un conto è la "predizione" di comportamenti le cui determinanti sono talmente numerose e diffuse da essere difficilmente inquadrabili in una scienza (ma meglio dire arte) medica.

La stessa predittività dei comportamenti violenti, anche nella migliore delle ipotesi, ha un orizzonte temporale di validità al massimo di pochi giorni (ma più realisticamente non superiore alle 24 ore) [13]. Vale pertanto ancora la riflessione di Ferracuti secondo cui *“queste previsioni, sebbene affidabili lo sono solo ed esclusivamente entro questi margini ristretti di tempo, mentre per la predizione di comportamenti a lungo termine fattori attuariali e non certo psicopatologici hanno molte più probabilità di successo di previsione. Ovviamente alla giustizia interessa conoscere la previsione di comportamento su un lasso di tempo molto più lungo... e perciò la previsione di recidiva, ossia il giudizio di pericolosità sociale, viene ad essere fondato su elementi quali la personalità del reo, la natura del crimine, le modalità dello stesso, la gravità, progressione e consapevolezza di malattia. Questi parametri, di per sé, hanno scarso riscontro scientifico rispetto ad una possibilità di recidiva, che dovrebbe oltretutto essere previsione di recidiva specifica del fatto in esame. Ovviamente uno schizofrenico paranoide con personalità premorbosa di tipo antisociale è un soggetto che ha notevoli possibilità di essere valutato come socialmente pericoloso; tuttavia la valutazione dovrebbe essere effettuata solo sulla sua patologia mentale che ha dato luogo alla non imputabilità. Nel momento in cui si utilizza anche un criterio personologico si apre la strada a valutazioni che possono essere basate su stereotipi e pregiudizi”* [14].

Sempre citando il Trattato di Fornari [3], che riassume le evidenze scientifiche attuali in tema di prevedibilità di comportamenti antiggiuridici, allo stato attuale della ricerca non possono essere sostenuti in maniera inequivocabile rapporti di equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale; gli strumenti clinici finora utilizzati per predire il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi ed inadeguati; il perito specie nei casi di delitti efferati e gravi che suscitino una intensa riprovazione, deve affrontare, oltre al compito clinico e valutativo, il problema della richiesta di retribuzione da parte del contesto giudiziario e sociale e può così rischiare di identificarsi ed allearsi con chi deve giudicare e reprimere; spesso la predizione della recidiva si basa sulla considerazione delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali senza tenere sufficientemente conto delle diverse componenti (sociali, ambientali, culturali e transazionali) che si trovano sempre alle radici di un comportamento, anche quindi di uno scompenso comportamentale; spesso viene sottovalutato od ignorato l'aspetto dinamico evolutivo della patologia mentale, per privilegiarne caratteristiche di staticità e permanenza; troppo poco si tiene conto delle modificazioni cui può andare incontro il quadro psicopatologico, se sullo stesso si interviene tempestivamente con tecniche adeguate; sovente ci si pronuncia sulla pericolosità psichiatrica in base al comportamento attuato dal soggetto, trascurando la connessione con la malattia, formulando così un giudizio di competenza del magistrato, non dello psichiatra. Spesso viene anche sottostimato il ruolo terapeutico di certe condizioni di istituzionalizzazione (carcere preventivo, internamento in CCC o equivalenti), che permettono al soggetto infermo reo di accedere a una continuità di trattamenti (con ricadute positive sul funzionamento psichico) che altrimenti non sarebbero possibili. Per superare tali limiti, sia pure in contrasto con la recente revisione del cp che ha di fatto abolito, annullando il 4§ dell'articolo 133, la valutazione della capacità a delinquere del reo, in cui le qualità soggettive della persona erano invece declinate, il Fornari suggerisce una metodologia comprendente indicatori interni (persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo; il grado di consapevolezza della malattia e di accetta-

zione delle terapie descritte; deterioramento e destrutturazione psicotica della personalità che necessitino di cura e di assistenza prolungate; progressione di gravità nelle condotte di scompenso, sia in senso auto che etero-distruttivo; la risposta alle terapie praticate) ed indicatori esterni (caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza; esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona; possibilità di reinserimento lavorativo o di soluzioni alternative; tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto reato; opportunità alternative di sistemazione logistica), questa sua posizione sottolineando – se ve ne fosse ancora bisogno – la multifattorialità e la circolarità della genesi e della dinamica della malattia mentale.

Allo stato attuale, dunque, è impossibile dare un contenuto scientifico al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica se intesa nella sua originaria accezione di “prognosi”, bisogna invece attenersi come indicato nella legge 81/2014 e ripreso dalla Corte Costituzionale nella sentenza 186/2015 alle *“qualità soggettive della persona”* (posizione peraltro difforme a quanto dettato dalla recente revisione del cp – come da §4 dell'art. 3 ter del DL n. 211 del 2011 conv. in l. n. 9 del 2013, poi modificato dalla l. n. 81 del 2014 – che ha di fatto abolito, annullando il 4§ dell'articolo 133, la valutazione della capacità a delinquere del reo, in cui le qualità soggettive della persona erano invece declinate).

L'accertare la presenza o persistenza di pericolosità sociale psichiatrica in un autore di reato, per avere un minimo di credibilità scientifica, deve però inevitabilmente tener conto sia degli indicatori interni di malattia che dei fattori di rischio di comportamenti violenti riconosciuti dalla letteratura internazionale [5-7].

La pericolosità sociale

- La valutazione della pericolosità sociale risponde all'art. 203 c.p. che individua la “qualità” di persona socialmente pericolosa desumendola dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p. pertinente la gravità del reato, nonché la valutazione agli effetti della pena
- Art. 133 c.p.
 - 1. natura, specie, mezzi, oggetto, tempo, luogo e ogni altra modalità dell'azione;
 - 2. gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
 - 3. intensità del dolo o grado della colpa;
 - 4. capacità a delinquere del colpevole:
 - motivazioni e carattere del reo;
 - precedenti penali e giudiziari, condotta di vita antecedente;
 - condotta contemporanea e susseguente al reato;
 - condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo [comma abrogato]

Caratteristiche specifiche formative tecnico-scientifiche del perito

Il magistrato giudicante ha la necessità di disporre di un ventaglio sufficientemente ampio di soluzioni applicative adatte al caso di specie, così da poter impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo il più possibile adeguato alle esigenze del singolo ma anche nel rispetto della reale disponibilità di risorse e non solo rispetto a quelle teoriche previste dalle normative.

La necessità di avere cogenti elementi della prassi è quindi fondamentale.

A questo scopo risulta opportuno che gli Uffici giudicanti di primo grado mantengano un rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei Servizi di Salute Mentale (ma anche delle Dipendenze ove il caso) di riferimento per il soggetto da valutare, sia direttamente sia dandone specifico mandato al perito nominato, le cui caratteristiche auspicabili sono più oltre declinate.

La conoscenza aggiornata delle soluzioni realmente offerte dai servizi (in solo apparente deroga a quanto disposto dalla citata abrogazione del §4 art. 133 cp) fornisce, infatti, al giudice tutti gli elementi per poter indirizzare il non imputabile al programma terapeutico più adeguato; di poter strutturare il contenuto specifico e personalizzato delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale; di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell'infermo di mente autore di reato e l'esecuzione della misura di sicurezza nei suoi confronti; ed infine, di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa rappresenti l'unica soluzione utile e praticabile e non solo quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per neutralizzare la sua carica di pericolosità.

I periti ed i consulenti, soprattutto se incaricati d'ufficio, debbono presentare e quindi documentare una adeguata qualificazione di **competenza reale** (e non solo di titoli) al loro compito.

Sulla base degli art. 220 e 221 del Codice di Procedura Penale in tema di perizia e di periti (che mettono in luce le qualificazioni richieste: specifiche competenze tecniche; particolare competenza nella specifica disciplina), dei codici deontologici medici sulla responsabilità professionale (art. 62 del Nuovo Codice di Deontologia Medica, 18.05.2014, che sottolinea la qualificazione: effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso) e della legge Balduzzi (art. 3, comma 5, lg 189 del 08 nov. 2012; dl 13 sett. 2012) sul ruolo delle Società Scientifiche in merito all'accreditamento di buone pratiche cliniche, il perito psichiatra deve possedere, secondo le indicazioni congiunte della Società Italiana di Psichiatria e della Società Italiana di Psichiatria Forense, almeno le seguenti caratteristiche di base per poter affrontare i temi peritali oggetto del presente documento:

- specializzazione in psichiatria;
- esperienza clinica assistenziale di almeno otto anni in struttura pubblica oltre gli anni di specializzazione;
- adeguato curriculum pratico operativo in relazione al giudizio del caso in oggetto.

Il perito deve essere, pertanto, un operatore con adeguata formazione tecnica in materia, neutrale, volto a far pervenire al Giudice gli elementi tecnici necessari a rispondere a specifici problemi. Il perito consulente del Giudice a cui viene affidato l'accertamento dello stato clinico-psicopatologico del soggetto, sia in fase di indagine sia nell'immediatezza di reato, è tenuto a collaborare a partire già dalla fase di valutazione con il Servizio (Salute Mentale e/o Dipendenze) curante, non solo nel reperire e vagliare la documentazione sanitaria in possesso dei servizi, ma anche e soprattutto nella fase operativa di individuazione delle strutture e dei programmi idonei alla cura e, nel caso in cui vi fosse, anche al contenimento della pericolosità sociale.

Proprio per tali motivi le Società Scientifiche hanno richiesto, tra le caratteristiche del perito, anche la comprovata attività professionale nei servizi pubblici, la cui conoscenza diretta solamente può permettere le scelte più adeguate e la cognizione delle criticità da affrontare.

Troppo spesso vengono invece incaricati periti che, solo in casi fortunati, molti anni prima, avevano lavorato per qualche tempo

in Servizi che ormai si sono ampiamente evoluti, e che invece spesso svolgono solo attività peritale (soprattutto nel campo civilistico...) senza avere mai avuto alcuna esperienza diretta di lavoro nei Servizi.

Modalità di proposta ed esito della perizia

È utile ricordare in breve che cos'è una perizia, delineando le caratteristiche di massima degli accertamenti peritali più o meno comuni a tutti i diversi tipi di indagine in materia psichiatrica. In termini generali l'attività consulenziale-peritale di cui si avvalgono tutti gli Uffici Giudiziari riguarda:

1. Procura della Repubblica:
 - a) valutazione psichiatrico forense con indicazione, in caso di necessità di applicazione di una misura cautelare a persona con problemi psichiatrici, dell'intervento più idoneo e eventualmente alternativo alla misura di custodia cautelare in carcere;
 - b) valutazione e accertamento della pericolosità sociale, in caso si ritenga necessario applicare una misura di sicurezza e quale sia l'intervento più idoneo, come sopra specificato;
 - c) valutazione e accertamenti sulla vittima di reato (accertamenti in tema di circonvenzione e attendibilità del testimone).
2. Tribunale ordinario penale:
 - a) accertamento e valutazione clinica dell'arrestato;
 - b) individuazione in tempi brevi dell'intervento terapeutico più idoneo atto a contemperare le esigenze di tutela sociale connessa al rischio di recidiva con le esigenze di trattamento e cura del malato psichiatrico che delinque;
 - c) eventuale valutazione per l'inserimento, temporaneo o meno, in una struttura residenziale psichiatrica.
3. Tribunale di Sorveglianza:
 - a) accertamento di eventuale patologia psichiatrica in capo al condannato, ove non già accertata in fase di cognizione;
 - b) valutazione sulla compatibilità di tale patologia con la condizione detentiva e sulle possibilità di alternative di cura a detta condizione (detenzione domiciliare, inserimento in strutture terapeutiche, affidamento sul territorio ai Centri di salute mentale);
 - c) valutazione e accertamento della pericolosità, nel caso di applicazione di misura di sicurezza, con individuazione della misura e dell'intervento più idoneo.
4. Tribunale civile per la valutazione sulla nomina dell'Amministratore di Sostegno e sui compiti da attribuirgli.

La perizia si colloca, pertanto, a cavallo tra clinica e la legge e, per questo deve rispondere in modo trasparente e inoppugnabile a due sistemi di pensiero, quello clinico e quello giuridico talvolta poco compatibili tra loro.

Recenti studi e gli stessi esiti del Tavolo n. 11 degli Stati generali dell'Esecuzione penale [15], richiamano l'opportunità di ripensare attentamente le modalità di formazione dei quesiti da parte del magistrato al consulente: ciò sia al fine di cogliere la natura del disturbo mentale e quindi del vizio di mente dell'infermo autore di reato, sia per non delegare impropriamente alla scienza psichiatrica funzioni, statuizioni o formule predittive che lo statuto scientifico di quella materia di studio non considerano di propria spettanza.

È noto, peraltro, che proprio l'impiego non sempre efficace dei quesiti peritali amplifica il fenomeno dei c.d. "cripto-imputabili", ovvero di quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente

non imputabili e dovrebbero, eventualmente, soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato connesso e veder protetto e tutelato il loro “bisogno di cure”, in sede di esecuzione penale ordinaria

Il quesito è la linea guida del lavoro peritale ed è per tal motivo che dove essere il più specifico e circostanziato possibile e riguardare:

1. Accertamento dello stato di infermità mentale al momento della commissione dei fatti.
2. Il grado di incapacità ed il rapporto tra l’infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta.
3. Se lo stato mentale nell’attualità sia tale da impedire la partecipazione cosciente al procedimento, se sia essa reversibile o irreversibile in base a fattori clinici prognostici secondo le *evidence based medicine*.
4. Specificare gli indicatori attuali di infermità che possano agire sulla possibilità che commetta altri reati (pericolosità sociale).
5. Infine se il bisogno di cura sia assicurato o meno con l’applicazione della misura della libertà vigilata. In caso contrario dovrebbero essere indicate le misure alternative più adeguate al caso concreto.

Nel rispondere a tale quesito il perito dovrà pertanto tenere conto degli indicatori clinico-comportamentali attuali e anamnestici del periziando ed in particolare dovrà considerare la gravità del quadro psicopatologico in rapporto sia al grado di coscienza del bisogno, sia al grado di aderenza ai programmi di cura sia pregressi che attuali oltre al grado di consapevolezza di malattia; per tale complessità di risposta è necessario, al fine di indicare il luogo idoneo di cura ed il piano di trattamento del soggetto, che vi sia una conoscenza dei Servizi Territoriali realmente fruibili nonché una collaborazione diretta tra perito e Servizi stessi sia nella stesura del piano individuale di trattamento che nell’identificazione del luogo di cura più idoneo.

La risposta che il perito dovrà fornire a tali quesiti deve essere diretta e specifica senza elementi dubitativi o probabilistici.

Tipologie di situazioni in cui il perito potrebbe essere coinvolto

1. Soggetti portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie che non sono destinatari né di misure di sicurezza né di misure cautelari.
Gli Agenti od Ufficiali di Polizia Giudiziaria che nel corso delle indagini abbiano motivo di ritenere che l’indagato è affetto da disturbi di tipo psichiatrico avranno cura, prima di trasmettere la CNR (comunicazione di notizia di reato) al PM (PM), di recuperare la sua documentazione sanitaria e comunque tutte le informazioni possibili messe a disposizione delle strutture sanitarie secondo la normativa vigente e su richiesta del magistrato e di comunicarle al PM che procede. Quando il PM ha motivo di ritenere, sulla base degli atti del fascicolo processuale, che l’imputato o l’indagato è persona che potrebbe avere necessità di un supporto psichiatrico adeguato in grado di prevenire il rischio di una reiterazione di condotte antisociali, può contattare il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) per verificare se l’indagato è già in carico allo stesso. Nel caso non sia conosciuto dal DSMD andrà valutata specificamente ed indipendentemente da parte del CTU la presenza di una patologia psichiatrica.
2. Soggetti portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie destinatari di misure di sicurezza perché ritenu-

ti (parzialmente o totalmente) incapaci di intendere e di volere e socialmente pericolosi.

a) L’applicazione della misura di sicurezza (art. 222 cp) o della assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 219 cp), sempre più rara perché per giurisprudenza costante applicata solo come estrema ratio, non dovrebbe di norma creare problemi di coordinamento tra i soggetti firmatari del presente protocollo stante la natura custodiale della misura in struttura attrezzata anche per il contemporaneo trattamento terapeutico (REMS), tenendo conto in particolare dei protocolli clinico-organizzativi appositamente predisposti.

b) Diversamente accade, per la misura di sicurezza meno afflittiva della libertà vigilata che viene generalmente applicata essenzialmente in due casi.

- i) **Libertà vigilata presso l’abitazione dell’imputato o dell’indagato** con l’obbligo, tra gli altri, di seguire le prescrizioni che saranno dettate dal DSMD che ha attivato la presa in carico.

In questo caso la presa in carico presso il DSMD, se non già attiva, sarà attivata su segnalazione del PM che, prima di fare la richiesta di misura al Giudice, contatterà il DSMD che a sua volta provvederà alla presa in carico della situazione nella sua complessità e specificità psicosociale.

Il PM ne darà atto nella richiesta di misura formulata al Giudice.

Sarà l’autorità di Pubblica Sicurezza incaricata dei controlli dal Giudice che ha applicato la misura ai sensi dell’art. 228 1° co cp, anche su segnalazione del DSMD competente a comunicare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte all’indagato o all’imputato.

- ii) **Libertà vigilata presso una struttura residenziale psichiatrica** con l’obbligo di permanere nella struttura secondo i tempi e modi che saranno dettati e di seguire le prescrizioni trattamentali.

L’applicazione della predetta misura deve tener conto che tali strutture non sono strutture “chiuse” e che l’obbligo di permanenza nella struttura è legato alla volontà del destinatario del provvedimento, e non può essere inteso in senso tecnico non avendo la misura carattere custodiale.

In questo caso il PM, prima di fare richiesta al Giudice della misura di sicurezza della libertà vigilata con l’obbligo, tra gli altri, di permanere in una struttura residenziale psichiatrica dovrà ottenere l’assenso del Direttore del DSMD.

Se, nel corso del processo, viene dato incarico ad un perito o ad un consulente di parte di valutare la capacità di intendere e volere del soggetto e della sua pericolosità sociale, il Giudice o il PM inseriranno nel quesito peritale anche la richiesta di individuare una misura di sicurezza idonea in concreto ad arginare il rischio di reiterazione di reati.

In caso di adozione della libertà vigilata presso una struttura residenziale psichiatrica, il perito o il consulente concorderà con il Direttore del DSMD la scelta della struttura.

Nei casi in cui il Direttore del DSMD decida che la scelta della struttura residenziale psichiatrica più idonea deve essere subordinata ad un periodo di osservazione, il Giudice potrà applicare la misura della libertà vigila-

ta presso idonea struttura di degenza o residenziale del DSMD, autorizzando preventivamente lo spostamento del luogo in cui scontare la misura.

In caso di necessità di spostamento del luogo in cui scontare la misura di sicurezza della libertà vigilata per motivi clinici il Direttore del DSMD ne darà immediata e preventiva comunicazione all'ufficio del Giudice e del PM che procedono.

Sarà cura della cancelleria del Giudice comunicare il provvedimento alla nuova Autorità di Pubblica Sicurezza territorialmente competente per i controlli anche perché assicurati ai sanitari l'assistenza nei casi di necessità. L'autorità di Pubblica Sicurezza incaricata dei controlli ai sensi dell'art. 228 1° co cp dal Giudice che ha applicato la misura, anche su segnalazione del responsabile del servizio psichiatrico presso cui è stata disposta la libertà vigilata, segnalerà immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte e resterà a disposizione dei sanitari in caso di specifiche necessità.

3. Soggetti già portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie destinatari di misure cautelari ordinarie perché non è stato rilevato alcun vizio di mente, né parziale, né totale a cui dovrebbero essere applicate misure cautelari ordinarie.

Si ravvisa in tali casi la necessità di una valutazione esterna di tipo peritale dei soggetti, da integrare con la valutazione dei curanti, in quanto potrebbe trattarsi di ex-pazienti o di persone che al momento dei fatti per cui sono indagati siano in fase di remissione e dunque imputabili. Analogamente anche l'incompatibilità o meno con il regime carcerario dovrebbe essere valutata da un esperto esterno.

ii) **Custodia cautelare in carcere e custodia cautelare in luogo di cura** (artt. 285 e 286 cpp)

Il PM che ritiene di dovere chiedere al Giudice l'applicazione della misura cautelare della custodia in carcere nei confronti di un indagato o un imputato se, sulla base degli atti di indagine, rileva che il soggetto è affetto da problematiche di tipo psichiatrico, prima di formalizzare la richiesta, acquisisce tutta la documentazione clinica e le necessarie informazioni anche sentendo i sanitari che lo hanno avuto in cura e ricorrendo anche ad una valutazione peritale (specie se il soggetto non è più seguito da specialisti del DSMD).

Se ha motivo di temere che le emergenze psichiatriche scongiurino la misura custodiale in carcere per impossibilità di assicurare le necessarie cure il PM potrà analogamente predisporre richiesta di perizia.

Il Giudice con l'ordinanza di applicazione della misura cautelare della custodia cautelare in carcere, qualora, sulla base delle dichiarazioni dell'arrestato o di una segnalazione o, comunque, delle nuove emergenze processuali che non sono ancora state valutate dal PM, abbia motivo di ritenere che l'autore del reato è affetto da patologie di tipo psichiatrico, dovrà segnalarlo in calce al provvedimento al responsabile del Presidio del Servizio Psichiatrico che opera all'interno della Casa Circondariale di riferimento ed una copia dell'ordinanza dovrà essere trasmessa anche via mail all'indirizzo di posta elettronica del responsabile del predetto Presidio.

Questi disporrà l'effettuazione appena possibile una visita specialistica e si occuperà di ricostruire la storia clinica del detenuto, se necessario con la collaborazione del difensore,

re, e riferirà in sintesi al Giudice segnalando eventuali casi di incompatibilità con la condizione carceraria.

In quest'ultimo caso il sanitario, qualora si riveli impraticabile la misura meno afflittiva degli arresti domiciliari, comunicherà, inoltre, al magistrato ogni dato di interesse e la disponibilità di posti letto di degenza per l'applicazione della diversa misura della custodia cautelare in luogo di cura.

Il responsabile del Presidio Psichiatrico interno alla Casa Circondariale verrà, inoltre, attivato dal Giudice nel caso in cui si apra la possibilità di attenuare la misura della custodia in carcere con quella degli arresti domiciliari, ed assicurerà, dove necessario, la presa in carico da parte del DSM di riferimento individuando anche le forme di supporto psicosociale e di assistenza che il caso richiede.

ii) **Gli arresti domiciliari** (art. 284 cpp)

Tale misura oggi, in un contesto di rete, trova larga applicazione con due specifiche modalità.

a) **Arresti domiciliari presso l'abitazione dell'indagato o dell'imputato** con l'autorizzazione ad uscire nei tempi e modi stabiliti dal Dipartimento di Salute Mentale presso cui è stata attivata la presa in carico unicamente al fine di sottoporsi alle prescrizioni trattamentali. In questo caso la presa in carico presso il DSMD, qualora non attiva, e se non già attivata dal Responsabile del Presidio Psichiatrico della Casa Circondariale in caso di sostituzione della misura carceraria con quella degli arresti domiciliari, sarà attivata su richiesta del PM prima della richiesta di applicazione della misura al Giudice: egli dovrà contattare il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di riferimento, che disporrà la presa in carico del caso nella sua complessità e specificità psicosociale. Sarà la Stazione dei carabinieri territorialmente competente per i controlli ai sensi dell'art. 284 cp, a segnalare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione degli obblighi connessi alla misura degli arresti domiciliari e ad assicurare assistenza ai sanitari in caso di necessità ed, eventualmente ai familiari o, comunque, alle persone che con l'indagato o con l'imputato convivono.

b) **Arresti domiciliari presso una struttura residenziale psichiatrica.**

Si tratta di una misura che il PM chiederà, ed il Giudice potrà applicare, laddove necessaria nella consapevolezza che le strutture residenziali psichiatriche non sono strutture "chiuse" e che l'obbligo di permanenza nella struttura è legato alla volontà del destinatario del provvedimento.

In questo caso il PM, prima di formulare al Giudice la richiesta di applicazione della misura degli arresti domiciliari presso una struttura residenziale psichiatrica, dovrà ottenere il previo assenso del Direttore del DSMD ed indicare al Giudice il luogo in cui la misura potrà essere scontata.

Nei casi in cui il Direttore del DSMD dopo avere dato la disponibilità ad accogliere l'indagato o l'imputato presso una struttura residenziale psichiatrica, valuti necessario un periodo di osservazione prima di individuare la specifica struttura, il Giudice potrà applicare la misura degli arresti domiciliari presso adeguata struttura del DSMD autorizzando preventivamente lo spostamento del luogo in cui scontare la misura una volta terminato il periodo di osservazione.

In caso di spostamento del luogo in cui scontare la misura degli arresti domiciliari il Direttore del DSMD ne darà immediata e preventiva comunicazione all'ufficio del Giudice e del PM che procedono.

Sarà cura della cancelleria del Giudice comunicare il provvedimento alla nuova Autorità di Pubblica Sicurezza territorialmente competente per i controlli.

La Stazione dei Carabinieri territorialmente competente per i controlli di cui all'art. 284 cp ed i sanitari che hanno in cura l'indagato o l'imputato, anche su segnalazione del responsabile del servizio psichiatrico presso cui l'indagato o l'imputato è ristretto, avranno cura di comunicare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte.

a. Divieto ed obbligo di dimora (art. 283 cpp), obbligo di presentazione alla Polizia Giudiziaria (art. 282 cpp), allontanamento dalla casa familiare (art. 282 bis cpp), divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art. 282 ter cpp).

Il PM che ritiene di dovere chiedere al Giudice l'applicazione della misura cautelare del divieto ed obbligo di dimora (art. 283 cpp), dell'obbligo di presentazione alla Polizia Giudiziaria (art. 282 cpp), dell'allontanamento dalla casa familiare (art. 282 bis cpp), del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art. 282 ter cpp) se, sulla base degli atti di indagine, rileva la presenza di problematiche di tipo psichiatrico, prima di formalizzare la richiesta, acquisisce tutta la documentazione clinica e le necessarie informazioni, anche sentendo i sanitari che hanno lo avuto in cura e ne fa esplicita menzione nella sua richiesta.

Elenco abbreviazioni

CCC: Casa di Cura e Custodia

cp: codice penale

cpp: codice di procedura penale

DSMD: Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

OPG: Ospedali Psichiatrici Giudiziari

PM: PM

REMS: Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza

SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Bibliografia

1. Consiglio Superiore della Magistratura, Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014; 19/4/2017.
2. Ferracuti S. (2008). *I test mentali in psicologia giuridica e forense*. Centro Scientifico Editore.
3. Fornari U. (2018). *Trattato di Psichiatria Forense*. UTET.
4. Beconi A., Ferrannini L. (1986). Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente. *Questione Giustizia*, 4.
5. WHO (2002). *World Report on Violence and Health*.
6. Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J. et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 393-401.
7. Torrey E.F., Stanley J., Monahan J. et al. (2008). The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. *Psychiatric Services*, 59: 147-152.
8. Farrington D.P., Gaffney H., Tfofi M.M. (2017). Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. *Aggression and Violent Behavior*, 33: 24-36.
9. Singh J.P., Grann M., Fazel S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31: 499-513.
10. Singh J.P., Fazel S. (2010). Forensic risk assessment: A metareview. *Criminal Justice and Behavior*, 37: 965-988.
11. Ponti G., Merzagora I. (1987). L'abolizione delle presunzioni di pericolosità. *Riv. It. Med. Leg.*, IX.
12. Merzagora I., Ponti G. (1993). *Psichiatria e giustizia*. Milano: Raffaello Cortina .
13. Coid J.W., Kallis C., Doyle M., Shaw J., Ullrich S. (2015). Identifying Causal Risk Factors for Violence among Discharged Patients. *PLOS ONE*, 10(11): e0142493. doi: 10.1371/journal.pone.0142493.
14. Ferracuti S., Tatarelli R. (2001). Psichiatria e sistema della giustizia. *Nòs*, 7(3): 145-165.
15. www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_1_11.page.

Terapia di gruppo: il setting gruppale nel trattamento delle dipendenze

Pietro Algisi*

SUMMARY

■ *The development and maturation of group intervention techniques have conferred more and more to group therapy the characteristics of an effective intervention technique on many pathologies and from the '70s there has been a progressive application of this technique to the specific field of addiction therapy with a growing consensus by specialists for the positive outcomes supported by scientific literature.*

Also in Italy, the use of this work tool is a reality that is characterizing more and more the practice in different clinical areas of addiction and group intervention has become one of the main therapeutic resources of outpatient and hospital team for the wide range of possible strategies and for the high number of patients that is possible to treat effectively, combining the criteria of efficacy and of efficiency.

This article highlights the specific processes and dynamics of psychodynamic oriented psychotherapeutic group treatment, which aims to develop a better self-protective ability not only through the identification and experimentation of new psycho-behavioural strategies different from the dysfunctional ones of substance abuse but also through the acquisition of instruments and resources to find your own "welfare system", affective, emotional, physic and mental, and to try to keep it in balance as much as possible. ■

Keywords: *Group therapy, Therapeutic factors, Effectiveness, Change.*

Parole chiave: *Terapia di gruppo, Fattori terapeutici, Efficacia, Cambiamento.*

Fin dall'antichità l'uomo ha sperimentato il beneficio che gli deriva dal parlare e ascoltare all'interno di un gruppo.

Nel corso dei secoli i gruppi di auto-aiuto e, successivamente, i gruppi terapeutici hanno dato spazio e fornito risposte ai bisogni di comprensione della realtà e al superamento delle paure degli individui.

Gli esseri umani, nel corso della loro storia evolutiva, hanno trovato da sempre nel gruppo risposta ai propri bisogni tanto da poter sostenere che la vita umana non è mai esistita al di fuori del gruppo e che tutti siamo già sempre e costitutivamente fatti dei nostri gruppi (Fasolo, 2000).

All'inizio del secolo scorso Peter Kropotkin (1901), filosofo sociale e rivoluzionario russo in esilio, nel suo libro pionieristico "Mutual Aid", opera che ha dato il via a tutta la moderna letteratura scientifica in tema di auto-mutuo-aiuto, avanzò la tesi secondo cui la stessa evoluzione della specie umana sarebbe stata impossibile senza l'attitudine degli uomini di riunirsi tra di loro, di cooperare, di sostenersi reciprocamente di fronte ai problemi comuni o pericoli esterni.

Per Kropotkin la solidarietà e l'aiuto reciproco sarebbero state le forze intrinseche del progresso umano, contrariamente alla con-

cezione hobbesiana dell'*homo homini lupus* allora in voga, che riteneva preminente la lotta solitaria di ciascuno contro tutti per la sopravvivenza.

Nella pratica del mutuo-aiuto si può scorgere la concreta e sicura origine delle nostre concezioni etiche. Nel progresso etico dell'uomo ha avuto un ruolo cruciale non tanto la reciproca lotta bensì il sostegno mutuale.

Questa interpretazione richiama uno dei costrutti principali del pensiero adleriano, ossia il concetto di sentimento sociale, inteso come il bisogno insito in ogni uomo di cooperare e di partecipare emotivamente con i propri simili.

Esiste ormai da tempo anche in psicologia sociale una vasta e solida letteratura sperimentale che ha evidenziato non solo il ruolo centrale della cooperazione (oltre a quello competizione) nella dinamica delle relazioni interpersonali, ma anche quanto, a livello intra-soggettivo, in condizioni difficili, in assenza di punti di riferimento, avvicinandosi agli altri, aprendosi al loro giudizio e offrendo la propria disponibilità, le persone pongono in essere una strategia adattativa altamente funzionale (Varriale e Salierno, 1997).

In relazione al ruolo evolutivo cruciale assegnato alla spinta cooperativa e alla centralità adattativa attribuita alla capacità di agire solidaristicamente nella comunità, nell'attuale società minacciata da un crescente isolamento/senso di solitudine, dallo scoraggiamento, dall'individualismo e dalla competizione esasperate, il gruppo può essere considerato uno strumento della cultura terapeutica attuale che cura attraverso le interazioni e le

* Psicologo Psicoterapeuta, consulente del Servizio di Alcolologia e comportamenti di addiction di Gorgonzola, DSMD, ASST Melegnano e della Martesana e del Nucleo Operativo Alcolologia di Sesto San Giovanni, DSMD, ASST Nord Milano.

interrelazioni che si sostanziano in comunicazioni autentiche fortemente centrate sul registro emotivo-affettivo (Zucca Alessandrelli, 2000).

Terapia o terapie di gruppo?

Lo sviluppo e la maturazione della tecniche di intervento di grupppale hanno conferito alla terapia di gruppo le caratteristiche di una tecnica di intervento efficace su molte patologie.

Il grande successo riscontrato, ha permesso non solo di approfondire la conoscenza delle peculiarità di questa particolare modalità trattamentale ma anche di evidenziare le diverse sfaccettature e l'eterogeneità applicativa.

La terapia di gruppo, nata negli anni quaranta, ha subito da allora una serie di adattamenti per potersi adeguare all'evoluzione della pratica clinica

Sono sorte nuove sindromi cliniche, nuove collocazioni e nuovi orientamenti teorici e vi sono state corrispondenti variazioni nella terapia di gruppo.

La molteplicità delle forme è oggi così evidente che non è corretto parlare di terapia di gruppo, ma si deve piuttosto parlare di terapie di gruppo.

Nell'ambito della terapia di gruppo sono molti i modelli teorico-clinici che informano i vari sistemi di trattamento ed è possibile raggrupparli in quattro grandi categorie in funzione del focus terapeutico (Flores, 1997).

a) **FOCUSED CRITERIA CHANGE GROUPS (Gruppi centrati sul cambiamento):**

In questo modello, il focus è centrato sul cambiamento o sull'eliminazione dei comportamenti disfunzionali.

Sono solitamente gruppi di breve durata e la loro applicazione è storicamente diretta verso i comportamenti di addiction (fumo, cibo, droghe), verso la riduzione del sintomo (timidezza, angoscia, dolore, disagi da divorzio) o verso il rinforzo del comportamento (assertività, risoluzione dei conflitti).

Insight e *conoscenza di sé* sono meno significativi visto che l'obiettivo è il cambiamento del comportamento.

Sono *gruppi omogenei* cioè con un obiettivo unico o con obiettivi, scopi e funzioni diversi ma mirati ad un unico scopo.

Questo tipo di gruppo si basa sulla comunanza dell'esperienza condivisa che produce un contenitore specializzato in cui il senso di familiarità tra i membri costituisce una forza legante particolarmente forte e speciale.

b) **INDIVIDUALLY ORIENTED GROWTH AND PERSONAL CHANGE GROUPS (Gruppi orientati alla crescita e al cambiamento individuale):**

L'obiettivo principale è quello di produrre il cambiamento del comportamento dell'individuo accanto ad una riduzione della sofferenza, all'aumento della consapevolezza e a una maggior capacità di funzionamento creativo.

In questo caso il terapeuta fa terapia individuale nel gruppo (modelli di riferimento sono lo Psicodramma, la Gestalt Therapy). Il gruppo è visto come un aggregato di individui e il terapeuta lavora con un soggetto alla volta mentre il resto dei membri del gruppo assumono il ruolo vicario di osservatori, di *alter Ego* e *altri significativi*.

Il focus è posto sul cambiamento e, anche qui, *insight* e *autoapprendimento* sono visti talvolta come cambiamento.

Viene enfatizzata la consapevolezza dell'individuo su ciò che sta sperando nel "qui ed ora", mentre il focus è messo sulla responsabilità, libertà e capacità di scelta.

L'insight, in assenza della componente emozionale, non è ritenuto sufficiente per operare un cambiamento comportamentale. Il gruppo è considerato un intervento ideale perché fornisce un buon equilibrio tra stimolazione, supporto e identificazione per aiutare il paziente ad elaborare sentimenti di paura, vergogna ed isolamento che sempre accompagnano i disturbi di ansia, depressione, comportamenti autodistruttivi e dipendenza.

c) **INTERPERSONALLY ORIENTED GROUPS (gruppi ad orientamento interpersonale):**

Hanno le loro radici nei *T-groups*.

L'obiettivo principale è quello di aiutare i membri del gruppo a comprendere gli effetti che il loro comportamento ha sugli altri e, viceversa, l'effetto che il comportamento degli altri ha su di loro.

I sentimenti e le espressioni emotive sono esplorate sono esplorate in quanto giocano un ruolo sostanziale su motivazioni, comunicazioni e comportamento.

Anche in questo caso *insight*, *self understanding* e *apprendimento razionale*, non sono ritenuti sufficienti a produrre un beneficio, soprattutto nella fase iniziale.

Le interazioni permettono ai membri del gruppo di acquisire informazioni preziose su di sé e di cambiare il proprio comportamento, sperimentando nuovi comportamenti nel microcosmo sicuro del gruppo.

Il comportamento nuovo e più efficiente sperimentato nel gruppo potrà poi essere esportato nel mondo esterno.

d) **PROCESS-ORIENTED PSYCODYNAMIC GROUPS (gruppi psicodinamici ad orientamento processuale):**

Si identifica con la *psicoterapia di gruppo psicodinamica* e si basa sull'assunto che ci sono dinamiche intrapsichiche o individuali e dinamiche interpersonali o di sistema, e sul concetto di "gruppo come un tutto".

Il compito del terapeuta è quello di integrare tali componenti in un flusso coerente, tenendo conto della grande quantità di variabili che influenzano il tipo di intervento (sul singolo, sull'interazione e sul gruppo nel suo insieme) che si rende necessario in un determinato momento.

È un modello con una visione più ampia che si avvicina maggiormente ai modelli integrati.

Efficacia della terapia di gruppo

Oggi è sempre più evidente come l'intervento di gruppo, nelle sue diverse declinazioni e approcci teorici, stia diventando una delle principali risorse terapeutiche delle equipe ambulatoriali ed ospedaliere per l'ampia gamma di possibili strategie applicative e per l'elevato numero di pazienti che è possibile trattare efficacemente, coniugando il criterio dell'efficacia con quello dell'efficienza.

Tuttavia la terapia di gruppo è stata per molto tempo considerata una modalità terapeutica di secondo ordine rispetto alla terapia individuale (MacKenzie, 1997).

Negli anni, però, questa considerazione si è modificata sulla scorta dei risultati scaturiti da un ampio numero di ricerche che hanno confrontato i due approcci.

Nella prima importante rassegna sull'efficacia dalla psicoterapia, circa metà degli studi esaminati provenivano dalla letteratura sui gruppi (Smith *et al.*, 1980).

I risultati per i pazienti trattati nei gruppi erano gli stessi di quelli che ricevevano un trattamento individuale.

Una rassegna recente ha preso in esame degli studi in cui i pazienti erano distribuiti in maniera casuale a terapie di gruppo o individuali che utilizzavano lo stesso approccio teorico (Lambert e Bergin, 1994). Sono state rilevate poche differenze nei risultati tra questi due gruppi, senza una prevalenza significativa di una modalità sull'altra.

Allo stesso modo, non è stata trovata nessuna differenza statisticamente significativa tra i risultati della terapia di gruppo e quelli della terapia individuale in numerosi studi progettati seguendo rigorosi criteri sperimentali (Budman *et al.*, 1988; Pilkonis *et al.*, 1984; Piper *et al.*, 1984).

Le uniche differenze riscontrate riguardano il fatto che i risultati del trattamento di gruppo sembrano essere un po' più soddisfacenti di quelli dell'approccio individuale, perché una volta che i pazienti erano coinvolti in un gruppo, tendevano ad interrompere il trattamento con una frequenza minore rispetto ai pazienti in trattamento individuale

I fattori curativi della psicoterapia di gruppo

È ormai ampiamente dimostrato la centralità della relazione tra terapeuta e paziente, caratterizzata da fiducia, calore, comprensione empatica ed accettazione, come specifico fattore curativo e trasformativo che aiuta il paziente a recuperare in senso prospettico e creativo il *ritmo smarrito* della vita (Ferrigno, 2009). Nella terapia di gruppo il corrispettivo della relazione paziente-terapeuta è un concetto più ampio che comprende la relazione del paziente non solo con il terapeuta di gruppo ma anche con gli altri membri del gruppo e con il gruppo come un tutto (Yalom, 2005).

Il terapeuta è al tempo stesso osservatore ed osservato in quanto è immerso nel campo emotivo del gruppo e partecipa alle vicende del gruppo con la sua capacità affettiva, etica e professionale. La peculiarità della terapia di gruppo risiede nel fatto che è comunque il gruppo ad operare come agente di cambiamento. Se nella terapia individuale il terapeuta funziona come unico e diretto agente di cambiamento designato, nella terapia di gruppo funziona in modo più indiretto: infatti se è compito del gruppo mettere in moto, grazie all'interazione, i diversi *fattori terapeutici*, è compito del terapeuta costruire una cultura di gruppo (attraverso la trasmissione di norme che determinano la procedura comportamentale che guideranno l'interazione di gruppo) che sia il più possibile valida per produrre una efficace interazione di gruppo.

Le norme procedurali di un gruppo divergono dalle regole dei rapporti sociali tipici in quanto sulla base di sincerità e spontaneità, i membri del gruppo devono sentirsi liberi di auto-rivelarsi, esprimere commenti sui sentimenti immediati che sperimentano anche nei confronti del gruppo, degli altri membri e del terapeuta.

Le norme permettono ai fattori terapeutici di operare con la massima efficacia.

Il terapeuta, nel tempo, potrà condividere con gli altri membri del gruppo la funzione interpretativa ma continuerà ad aver il compito primario di monitorare e mantenere una sana qualità emotiva delle relazioni e degli scambi comunicativi che dovranno sempre essere rispettosi, interessati, incoraggianti e animati dal sentimento di solidarietà.

Il clima emotivo di gruppo dovrà sempre essere orientato ad assicurare e garantire l'ascolto e la rivelazione di sé, l'accoglimento dei bisogni, l'empatia e il rispetto delle varie quote di consapevolezza e delle diverse motivazioni al trattamento.

Il terapeuta non solo deve riuscire ad assicurare una atmosfera di gruppo in cui i membri siano "protetti" da un attacco troppo aggressivo, dalla vergogna o da una precoce autorivelazione di materiale traumatico, ma deve anche, attraverso una presenza attenta e tempestiva, intervenire per modulare l'ansia che il lavoro di gruppo fa emergere, in particolare il confronto, e, se necessario, porre dei limiti e fare rispettare il contratto (Khantzian, 1990).

Poiché il trattamento in gruppo si avvale della *funzione pensante della mente grupale* nella restaurazione della memoria, del linguaggio e dell'interpretazione, il ruolo del conduttore non sarà solamente quello di interprete, ma sarà soprattutto di *compensatore*, persona capace di attivare la comunicazione attraverso pensieri trasformativi, di far sviluppare il pensiero di gruppo (Neri, 1995).

Fattori terapeutici

Il cambiamento terapeutico è un processo particolarmente complesso che avviene attraverso una intricata interazione di *esperienze umane* coinvolgenti contemporaneamente la sfera cognitiva, comportamentale, emotiva, affettiva e relazionale, definite da Yalom (2005) *fattori terapeutici*.

I fattori terapeutici sono interdipendenti e nessuno di essi si manifesta o funziona separatamente. Sebbene i medesimi fattori terapeutici operino in ogni forma di gruppo terapeutico, la loro interazione e la loro importanza possono variare ampiamente da gruppo a gruppo.

Inoltre, i pazienti appartenenti allo stesso gruppo, possono trarre beneficio da raggruppamenti molto diversi di fattori terapeutici.

Nessun sistema esplicativo è però in grado di includere tutti gli elementi di una terapia.

Nel suo nucleo il processo di terapia è infinitamente complesso e il numero di percorsi che si possono attuare attraverso l'esperienza è infinito.

Infusione di speranza

Infondere e mantenere la speranza è di importanza decisiva per tutte le psicoterapie.

Borgna (2007) sottolinea che «non c'è psicoterapia se non nel segno della speranza» (p. 38).

La terapia di gruppo si giova di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo.

I pazienti vedono o sentono parlare di altri membri del gruppo che nel gruppo sono migliorati.

Spesso si imbattono in pazienti che hanno avuto problemi molto simili e che li hanno affrontati in modo più efficace.

Questo meccanismo deriva sia dal conduttore che dagli altri componenti del gruppo ed è funzionale a mantenere costante la partecipazione del paziente in gruppo.

Ha una grande influenza sulla guarigione poiché agisce come constatazione dei reali benefici che il paziente stesso ed altri hanno dal trattamento di gruppo.

Nei gruppi di auto-mutuo-aiuto è un fattore fondamentale.

Universalità

Il gruppo terapeutico, specialmente nelle prime fasi, giova della smentita di alcune tristi convinzioni relative all'unicità del pro-

prio dolore, dei propri pensieri e delle proprie fantasie più spaventose e inaccettabili.

Spesso il senso di unicità è intensificato dall'isolamento sociale e dalla mancanza di occasioni di relazioni intime dovute alle difficoltà interpersonali.

Ciò impedisce non solo di venire a conoscenza delle esperienze e dei sentimenti analoghi vissuti da altri, ma anche di confidarsi sentendosi da questi validati e accettati.

La smentita di queste sensazioni di unicità è una notevole fonte di sollievo.

Dopo aver ascoltato le preoccupazioni e gli intimi segreti altrui, nonostante la complessità dei problemi umani e la particolarità di ogni singola vita, i membri del gruppo percepiscono rapidamente le somiglianze con i propri disagi e ciò è fonte di sollievo.

Poiché ciascun fattore terapeutico agisce interdipendente con gli altri, nel percepire la loro somiglianza con gli altri e nel condividere le proprie ansie più profonde, i pazienti traggono ulteriore beneficio dalla concomitante catarsi e dall'accettazione da parte degli altri.

Informazione

Sotto questa indicazione generica sono compresi sia l'istruzione didattica impartita dai terapeuti, sia i suggerimenti o i consigli diretti offerti da altri membri del gruppo.

In genere, nella maggior parte delle terapie, vi è un processo educativo implicito.

I pazienti apprendono dalla terapia alcune informazioni sul funzionamento psichico, sul significato dei sintomi, sulle dinamiche interpersonali e di gruppo e sul processo psicoterapeutico.

Molte tecniche di terapia di gruppo considerano questo fattore così importante che l'istruzione dei pazienti è esplicitamente elargita dal terapeuta.

Si parla di istruzione formale o psico-educazione.

In molti gruppi tematici e omogenei l'informazione didattica è impiegata per fornire nozioni, modificare schemi di pensiero negativi, per dare una struttura al gruppo, per spiegare il processo di malattia.

Spesso ha nel gruppo una funzione di forza di collegamento iniziale, prima che diventino attivi altri fattori terapeutici.

La spiegazione e la chiarificazione, in parte, sono già esse stesse reali agenti terapeutici.

La spiegazione di un fenomeno spesso rappresenta il passo verso il controllo del fenomeno.

A differenza dell'istruzione didattica esplicita da parte del terapeuta, i consigli diretti elargiti dai membri del gruppo sono presenti senza eccezioni in tutti i gruppi.

Sebbene quasi raramente un suggerimento circa uno specifico problema apporta in modo diretto qualche beneficio al paziente, indirettamente il suggerimento adempie ad una funzione che esula dal contenuto del consiglio, ma si fonda sul processo, ossia è una dimostrazione di interesse e comunica il voler prendersi cura dell'altro.

Altruismo

Nei gruppi terapeutici i pazienti ricevono qualcosa per il fatto stesso di dare e non solo come parte della reciproca sequenza dare-ricevere.

I pazienti si aiutano enormemente l'un l'altro nel processo terapeutico, offrendo appoggio, suggerimenti, intuizioni, rassicurazioni o condividendo con altri membri del gruppo problemi

simili. Scoprire di essere stati importanti per altre persone è una esperienza che da un forte impulso all'autostima.

Un altro beneficio più sottile inerente all'atto altruistico deriva dal fatto che il gruppo terapeutico fornisce una nuova prospettiva che contrasta l'egocentrismo tipico di coloro che si lamentano di sentirsi privi di significato e che sono immersi in una morbosa chiusura in se stessi che prende la forma di una introspezione ossessiva o di uno sforzo disperato per realizzarsi.

Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare

Il gruppo ricapitola la famiglia interna e offre lo spazio per far risuonare i modelli interiorizzati del padre, della madre e della fratria.

Effettivamente il gruppo rappresenta una famiglia ove vi sono le figure genitoriali autoritarie, i fratelli coetanei, rivelazioni personali, forti emozioni, una profonda intimità ma anche sentimenti ostili e di competitività.

Superato il disagio iniziale è indubbio che i vari membri interagiscano con il terapeuta e gli altri membri in modi che ricordino quelli secondo i quali un tempo interagivano con genitori e fratelli.

Gli schemi di interazione sono vari e il gruppo fornisce un numero e assortimento decisamente più grande di tali possibilità.

È importante che i conflitti non solo vengano rivissuti, ma che essi vengano rivissuti in modo correttivo.

Questo fattore terapeutico si delinea nell'utilizzare l'analisi del ruolo o dei ruoli cristallizzati che si ripropongono nella relazione di gruppo per andare a stimolare la crescita e lo sviluppo di nuovi schemi di interazione.

Tecniche di socializzazione

L'apprendimento della socialità, ossia lo sviluppo delle doti essenziali del viver sociale è un fattore terapeutico che agisce in tutti i gruppi; in alcuni si può valorizzare esplicitamente, per esempio attraverso il role-playing, in altri l'apprendimento della socialità è più indiretto e si può basare soprattutto sul feedback degli altri membri del gruppo.

Per quanto la terapia sia assolutamente qualcosa di più del semplice riconoscimento e della deliberata modificazione del comportamento sociale, è tuttavia vero che questi aspetti sono molto utili nella fase iniziale del cambiamento terapeutico.

Col trascorrere del tempo i membri del gruppo acquisiscono abilità sociali complesse (capacità di feedback, di risoluzione di conflitti, di sperimentazione ed espressione di empatia, di controllo su giudizi impulsivi, ecc.) con benefici risvolti sulle future interazioni sociali.

Comportamento imitativo

Nei gruppi il processo imitativo è diffuso poiché si possono assumere a modello alcuni aspetti sia degli altri membri del gruppo che del terapeuta.

A volte un paziente può trarre beneficio dall'osservare la terapia di un altro paziente che ha problemi simili ai suoi, fenomeno noto come *terapia del sostituto* o *dello spettatore*.

Un comportamento imitativo di breve durata può contribuire allo scongelamento individuale mediante la sperimentazione di nuovi comportamenti che, a loro volta, possono innescare una spirale adattativa (rinforzo da parte degli altri, aumento dell'autostima, riproposizione dello stesso al di fuori del setting gruppa- le con beneficio).

A volte si possono provare su di sé parti di altri e poi abbandonarle perché mal facentesi.

Anche questo aspetto può aver una forte influenza terapeutica in quanto scoprire ciò che non si è costituisce un progresso verso la scoperta di ciò che si è.

L'apprendimento interpersonale

L'apprendimento interpersonale è un fattore terapeutico ampio e complesso che rappresenta, nella terapia di gruppo, l'equivalente dei fattori terapeutici della terapia individuale quali l'insight, l'elaborazione del transfert, l'esperienza emotiva correttiva; questo fattore è anche costituito da aspetti caratteristici della terapia di gruppo.

In modo estremamente schematico il meccanismo dell'apprendimento interpersonale si fonda sulla concezione che la terapia di gruppo è ampiamente interpersonale sia nei fini che nei mezzi e che la sintomatologia psicologica trova la sua origine ed espressione nelle relazioni interpersonali disturbate. Gradualmente, il gruppo diventa una sorta di microcosmo sociale in cui il paziente interagisce con gli altri membri del gruppo così come interagisce con le altre persone presenti nella sua sfera sociale, manifestando il proprio comportamento interpersonale disadattivo.

Il piccolo gruppo diviene quindi una sorta di laboratorio in cui si mostrano con chiarezza il significato e le dinamiche del comportamento grazie anche all'osservazione dell'evento scatenante e le reazioni emotive previste e reali degli altri.

I membri del gruppo, attraverso il feedback, l'auto-osservazione e il lavoro di elaborazione delle relazioni con il terapeuta e con gli altri membri del gruppo (focalizzazione sul qui ed ora e sul processo alimentato da tipiche tensioni legate alla lotta per il potere, alla competizione, alla paura dell'intimità, all'assertività alla rabbia all'invidia, all'avidità, ecc.), diventano consapevoli degli aspetti significativi del loro comportamento interpersonale. Tanto più la consapevolezza della propria responsabilità personale sarà reale ed emotivamente carica, tanto più sarà possibile la sperimentazione di un cambiamento all'interno del gruppo, esportabile poi all'esterno.

Il compito della terapia è quello di accompagnare il paziente verso la capacità di instaurare relazioni interpersonali gratificanti e libere da distorsioni.

Coesione

Il concetto ampio di coesione di gruppo, comprendente la relazione del paziente con il terapeuta, con gli altri membri del gruppo e col gruppo nel suo insieme, rappresenta il corrispettivo della relazione terapeuta-paziente della terapia individuale ed è una condizione necessaria per una efficace terapia.

La coesione è l'attrattiva che il gruppo esercita sui propri componenti, ossia è quella condizione per cui i membri percepiscono calore e si sentono a proprio agio nel gruppo, sentono di appartenervi, apprezzano il gruppo e a loro volta si sentono apprezzati, incondizionatamente accettati e sostenuti dagli altri. L'attrazione verso il gruppo è una reale determinante dell'esito: la qualità delle relazioni intercorrenti tra i membri che compongono il gruppo costituisce un fattore primario del cambiamento individuale. Gruppi altamente coesivi, hanno complessivamente un esito positivo maggiore di quelli che presentano un basso spirito di gruppo.

Quanto più un individuo è attratto verso il gruppo, tanto più presta attenzione e prende sul serio qualunque divario tra la sua stima pubblica e la sua autostima.

Modificherà la dissonanza modificando quei tratti e quegli atteggiamenti che sono stati criticati.

L'adesione alle norme del gruppo (assunzione di rischio, spontaneità, apertura, auto-svelamento, sostegno, capacità di esprimersi) garantisce una maggior popolarità e aiuta ad affrontare efficacemente i problemi interpersonali all'esterno.

Il gruppo nella terapia delle dipendenze

Lo sviluppo e la maturazione delle tecniche di intervento grup- pale hanno conferito sempre di più alla terapia di gruppo le caratteristiche di una tecnica di intervento efficace su molte patologie e dagli anni '70 del secolo scorso il bisogno di trattare un gran numero di soggetti dipendenti, unitamente alle difficoltà incontrate dall'applicazione della sola psicoterapia individuale nella cura di questi pazienti, e alle evidenze di efficacia dell'intervento grup- pale, hanno comportato una progressiva applicazione dello stesso al campo specifico della terapia delle dipendenze con un consenso crescente da parte degli specialisti per i positivi esiti suffragati anche dalla letteratura scientifica.

Brevemente si riportano, di seguito, alcune definizioni e descrizioni circa il ruolo svolto dal gruppo nella cura della dipendenza. I risultati dell'Harvard Cocaine Recovery Project – uno studio finanziato dal NIDA e condotto all'Harvard Medical School presso l'Ospedale di Cambridge dal 1987 al 1990 – e basato sul confronto, in un trial clinico controllato, di due trattamenti di gruppo (cognitivo-comportamentale e psicodinamico) e un trattamento non di gruppo per individui dipendenti da cocaina, confermano una **maggior efficacia della terapia di gruppo**.

Bowers e al-Redha (1990), studiando degli alcolisti e i loro coniugi, hanno concluso che "la terapia di gruppo è più efficace di quella individuale nel diminuire il consumo di alcol da parte del partner alcolista".

Gli ottant'anni di attività di Alcolisti Anonimi, i cinquanta dei Club Alcolisti in Trattamento (CAT) e gli svariati studi hanno portato alcuni Autori ad affermare che la terapia di gruppo non è evidentemente un trattamento di secondo ordine rispetto a quello individuale ma, anzi, deve essere considerata il **"trattamento d'elezione per la cura delle dipendenze"** (Borriello, 1979; Brown, 1985; Cooper, 1987; Flores, 1996; Khantzian *et al.*, 1990, 1999; Matano e Yalom, 1991; Vannicelli, 1988; Klein *et al.*, 1991; MacKenzie, 1997).

Le terapie ed i percorsi di gruppo, "presentano un buon rapporto costi/benefici e possono essere utilizzati senza diminuire la compliance al trattamento e l'efficacia dello stesso" (Marques, 2001). La probabilità di ottenere effetti positivi dai percorsi di gruppo "è forte abbastanza da raccomandare la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e ai gruppi terapeutici in aggiunta o meno ad altri trattamenti per le dipendenze" (Vederhuss, 2006); la terapia di gruppo, inoltre, "è particolarmente indicata nella prevenzione delle ricadute, facile da applicare nel contesto di vita del paziente e mostra maggiori tassi di astinenza rispetto ai trattamenti standard" (Calvo Estopinan, 2009).

Anche in Italia, il ricorso a tale strumento di lavoro è una realtà che sta caratterizzando sempre di più la prassi operativa in vari ambiti clinici delle dipendenze, soprattutto in quello alcologico (Fasolo, 1987; Lo Verso, Federico, 1993) e l'intervento di gruppo è diventato una delle **principali risorse terapeutiche** dell'equipe ambulatoriali ed ospedaliere per l'ampia gamma di **possibili strategie applicative** e per **l'elevato numero di pazienti che è possibile trattare efficacemente, coniugando il criterio dell'efficacia con quello dell'efficienza**.

È importante sottolineare che i differenti gruppi vanno distinti, come afferma Guimon (2001), in **“psicoterapeutici”** condotti cioè da specialisti che devono aver acquisito la conoscenza di una teoria, tanto sulla genesi dei disturbi che sui meccanismi implicati nella loro modificazione, e gruppi che sono per lo più riconducibili al cosiddetto **“lavoro gruppale”**, ossia gruppi condotti da differenti figure professionali non psicoterapeuti (riconducibili essenzialmente al profilo psico-socio-sanitario) con formazioni diverse, che perseguono obiettivi di tipo informativo, socio-educativo, discussione ed orientamento e, nel caso dell’auto-mutuo-aiuto, obiettivi a metà strada tra la crescita personale, il sostegno, l’educazione e la terapia.

Nei servizi per le dipendenze la terapia di gruppo si inserisce in un intervento di cura multidimensionale in cui vengono integrati trattamenti di tipo sociale, educativo, sanitario e psicologico per rispondere a vari livelli alle necessità cui un paziente dipendente e la sua famiglia possono andare incontro.

In alcuni Servizi si è mutuato lo schema dell’auto-mutuo-aiuto, in altri si è sperimentato il lavoro gruppale, in altri ancora, quello psicoterapeutico con riferimento ad orientamenti teorici di matrice analitica, sistemica o cognitivo-comportamentale.

Si è nel tempo consolidata la sperimentazione di una serie di contenitori gruppali (gruppi informativi, psico-educativi, di sostegno, psicoterapeutici) che si articolano in percorsi terapeutici diversificati, caratterizzati da obiettivi specifici, termini temporali brevi o medio lunghi, coinvolgenti i pazienti e i familiari, in setting separati o congiunti (gruppo terapeutico multifamiliare).

Particolare attenzione merita la tematica del coinvolgimento dei familiari nel percorso terapeutico la cui imprescindibilità è sostenuta dalle evidenze cliniche relative alla codipendenza, ossia quell’insieme di comportamenti tipici, caratteristici di partner/familiari di individui affetti da dipendenze che si estrinsecano attraverso tematiche prevalenti centrate sul controllo del familiare, sulla sua dipendenza, sull’appoggio alla negazione, sui plurimi tentativi di limitare o annullare l’uso senza far ricorso ad un aiuto esterno e sulla difficoltà a riconoscere e rinforzare gli aspetti positivi della terapia.

La famiglia è coinvolta nella vita e nel percorso terapeutico dei pazienti e ciò non solo perché genericamente il disagio psichico del singolo è legato ad un intreccio di relazioni tra soggetto e gruppi di appartenenza, ma anche perché il contesto familiare, in termini reali o fantasmatici, accompagna il percorso dei nostri utenti e può favorirne o ostacolarne l’iter riabilitativo.

Poiché le dipendenze si basano e/o producono una patologia dell’intero sistema familiare e affettivo relazionale del soggetto, il processo di riassetto cognitivo relazionale deve coinvolgere tutti i membri del gruppo famiglia, in maniera diretta o indiretta (Greco e Nocentini, 2003).

Per quanto, come già detto, nell’ambito clinico delle dipendenze con il termine “gruppo” si faccia riferimento a diverse tipologie di intervento, le innumerevoli ricerche hanno evidenziato il potere terapeutico intrinseco nelle dinamiche relazionali, indipendentemente dalla tipologia del gruppo.

È possibile affermare che tutti i gruppi sono in grado di promuovere il cambiamento non solo attraverso l’interazione di meccanismi essenziali simili, intrinseci alla “matrice gruppale”, definiti da Yalom Fattori Terapeutici, ma anche attraverso la messa in atto di particolari stili di conduzione e tecniche di intervento da parte del conduttore/terapeuta, calibrate sulla specifica tipologia di gruppo e sugli obiettivi perseguiti.

Come già evidenziato, tali meccanismi interni non solo emergono spontaneamente all’inizio dell’interazione di gruppo ma sono

indipendenti dall’orientamento teorico del conduttore, si rinforzano reciprocamente e la realizzazione di uno di essi promuove l’affermarsi degli altri, promuovendo così il cambiamento.

Pertanto è possibile individuare delle caratteristiche trasversalmente condivise e presenti in qualsiasi gruppo, nonostante ogni gruppo rappresenti una realtà a sé stante, unica ed irripetibile, in quanto sintesi delle individualità che lo compongono e delle relative problematiche e risorse di cui le stesse sono portatrici.

La fenomenologia gruppale

I processi e le dinamiche che di seguito verranno esposte, fanno riferimento nello specifico al trattamento psicoterapeutico di gruppo ad orientamento psicodinamico.

L’attività di gruppo permette l’instaurarsi di dinamiche e processi che coinvolgono contemporaneamente la sfera cognitivo-comportamentale e soprattutto quella emotiva, affettiva e relazionale, condizione, questa, indispensabile affinché i processi di aiuto possano estrinsecarsi ed essere percepiti come tali dai partecipanti.

Lo spazio gruppale è uno spazio fisico e mentale adatto al mutuo sostegno, alla pensabilità e alla messa in circolo di differenti fattori terapeutici: la condivisione cognitiva ed emotiva della propria sofferenza, il rispecchiamento reciproco, l’attivazione di risonanze inconsce, l’identificazione reciproca e la riduzione dell’ansia e del sentimento di inferiorità.

Proprio in virtù di ciò, lo strumento gruppale favorisce lo sviluppo di transfert laterali in grado di attenuare la fatica di una relazione terapeutica individuale in quanto permette maggiormente al paziente sia di modulare la propria distanza relazionale in funzione delle proprie risorse personali, sia di sviluppare processi di identificazione all’interno di uno scambio tra pari, favorendo l’adesione ad un progetto terapeutico più adeguato e accessibile (Carraro e Ricci, 2001).

Il setting gruppale rappresenta certamente un ambiente meno protetto rispetto a quello individuale e più attivante sul piano emotivo e per quanto il gruppo omogeneo, basato sulla comunanza di un’esperienza condivisa, più facilmente possa favorire sin dalle prime sedute un sentimento di condivisione, coesione e appartenenza, è pur vero che nella fase iniziale l’esperienza può essere particolarmente ansiogena in quanto attiva una serie di timori relativi alla privacy, all’autosvelamento, alle possibili reazioni da parte degli altri (esclusione, ridicolizzazione), con conseguente perplessità.

Lo stile di conduzione attento e supportivo da parte del terapeuta/conduttore unitamente al processo di identificazione empatica da parte degli altri membri del gruppo e all’azione dei fattori terapeutici permette, nel tempo, lo smantellamento delle resistenze e la riduzione dello scetticismo con il conseguente sviluppo dell’alleanza terapeutica e del senso di appartenenza.

La condivisione dei problemi determina lo status di appartenenza al gruppo e con esso il percepirsi membri di un aggregato di tipo quasi familiare in cui prevale l’accettazione da parte degli altri, con conseguente riduzione della stigmatizzazione e dell’etichettamento a cui ciascun membro è soggetto nella realtà, fonte spesso di ulteriore sofferenza.

Per soggetti che vivono condizioni di esclusione, di emarginazione e di solitudine, il gruppo rappresenta, poi, una rete sociale di supporto con funzioni quasi di rete primaria (Algisi e Sanfilippo, 2007).

Un elemento comune ai diversi approcci di gruppo è il così detto “potere curativo della relazione con gli altri”, cioè che Her-

man (1992) definì il “ripristino dei vincoli sociali” che “comincia con la scoperta di non essere più soli”.

Il soggetto dipendente, infatti, usando la sostanza per risolvere i problemi finisce per isolarsi sul piano emotivo e per avere rapporti solo superficiali e manipolatori.

La terapia di gruppo rompe questo isolamento creando un clima di accettazione ed identificazione reciproca fra persone che condividono lo stesso problema e ciò incoraggia lo sviluppo delle relazioni emozionali e di interdipendenza con gli altri membri del gruppo, permettendo al soggetto di capire meglio i suoi atteggiamenti verso la dipendenza e di rafforzare le sue difese contro la ricaduta attraverso il confronto con atteggiamenti e difese analoghe di altri membri.

Come osserva Mayo (1945) la “cultura di gruppo” determina gli atteggiamenti e i comportamenti dei partecipanti.

L’individuo che sente di appartenervi si adegua alle regole e ai valori condivisi, ne interiorizza la cultura facendosi guidare da essa anche quando si trova in altri contesti.

È possibile così utilizzare il gruppo per promuovere atteggiamenti e comportamenti alternativi rispetto all’utilizzo delle sostanze, dare valore all’astensione dalle stesse e a stili di vita più sani, come sottolinea Lewin (1943).

Il gruppo, facilitando il confronto ed il feedback immediato, non solo utilizza la pressione positiva dei membri per mantenere l’astinenza, ma risulta essere particolarmente efficace nel ridurre la negazione e nel facilitare l’accettazione della malattia dipendenza come nuova identità positiva di “dipendente in trattamento”.

Se prima del percorso terapeutico il paziente era spesso oggetto di una valutazione stigmatizzante e negativa, nel gruppo il mantenimento dell’astinenza gli permette di raggiungere una alta definizione di status e di diventare un modello da imitare.

È con questa modalità che si riducono i rischi di negazione del problema e di fuga (drop out).

Questo processo di ridefinizione positiva di sé, che trova la sua massima espressione nei gruppi di auto-mutuo-aiuto, è ben presente anche nei gruppi terapeutici, sebbene in questi ultimi l’aiuto fornito agli altri non è propriamente una norma espressa dal gruppo e l’enfasi non è posta sull’utilità della partecipazione e attività personale a vantaggio dell’altro e/o gruppo intero, ovvero sulla cooperazione e sulla mutualità tra i membri, concretizzazione del “principio dell’helper” che prevede che attraverso l’aiuto offerto a una altra persona, si aiuta se stessi.

L’ascolto disponibile, rispettoso e partecipante favorisce i processi identificatori e l’esperienza di vicinanza emotiva facilitando lo sviluppo di un profondo senso di solidarietà e la percezione del gruppo come di uno spazio sicuro e stimolante.

Lo sviluppo della solidarietà arricchisce il gruppo creando un clima permeato di affettività costruttiva. Il contributo al gruppo, l’interessarsi agli altri, stimolarli nel superamento delle loro difficoltà, col tempo sono sempre più riconosciuti come un’ulteriore modalità della propria crescita personale.

Colui che è coinvolto in questo processo, dando un aiuto vissuto come efficace, aumenta il senso di autocontrollo e di autovalutazione delle proprie capacità e potenzialità positive in quanto:

1. avverte un senso di “competenza” come conseguenza dell’esercizio di un impatto significativo sulla vita dell’altro;
2. ha la possibilità di osservare il proprio problema a distanza, proiettato fuori da sé, e quindi diventa più facile da controllare e da gestire;
3. sperimenta il senso di una propria utilità sociale e riceve un riconoscimento.

I guadagni sui diversi piani della personalità (competenza, autocontrollo, appropriazione di ruolo, riconoscimento sociale) hanno un benefico effetto di ricaduta sull’autostima e sull’immagine di sé.

La coesione del gruppo, legata alla possibilità di fidarsi reciprocamente e la condivisione dei problemi, facilita inoltre la “rivelazione di sé”, ossia il racconto delle storie e delle esperienze emotive personali (a volte con gradi di profondità e intimità notevoli), con la possibilità di rielaborare, grazie anche all’ascolto attento e alla restituzione riflessiva degli altri, le proprie esperienze, recuperando nuovi significati che arricchiscono la consapevolezza personale e diventano stimolo anche per quella altrui. Il processo di “auto-svelamento” permette di confrontarsi con le proprie imperfezioni e spesso di superare il sentimento di inferiorità, alimentando una percezione di sé svalorizzante con il ripiegamento difensivo in finzioni auto protettive quali il vittimismo e l’autocommiserazione.

Anche gli altri “sono comunemente imperfetti” ed è possibile condividere i propri limiti, cogliendo l’inutilità di compensazioni negative.

Tutto ciò permette di cogliere, attraverso un ritrovato senso di appartenenza, l’universalità di problemi e/o vissuti, erroneamente percepiti come esclusivamente personali, con conseguente maggiore accettazione degli stessi, minor senso di colpa o vergogna.

Il fattore terapeutico “*infusione di speranza*” presente ogni volta che si può constatare il superamento da parte di un altro membro di un problema analogo al proprio, può poi favorire condivisioni che trasmettono fiducia, indicazioni sulle vie da percorrere e prefigurazione di possibilità di successo oltre che una benefica sperimentazione di un sostegno empatico (Mazzoli, 2009).

L’esperienza di un ambiente vitale e accogliente favorisce la strutturazione di legami affettivi a volte intensi e il senso di appartenenza ad un gruppo coeso fornisce un sostegno ad un lo fragile e il gruppo diventa una sorta di oggetto-sé che nutre e protegge e che permette ai partecipanti di vivere una esperienza di grande importanza per la costruzione (o ricostruzione) del senso di sé inteso nei termini di persona che ha diritto a vivere e occupare uno spazio affettivo.

Grazie al continuo ascolto, non solo si sviluppano le capacità empatiche ma si arricchisce anche il proprio punto di vista e si allarga la propria prospettiva, imparando a decentrarsi e a superare letture ego-centrate dei diversi aspetti della realtà.

Ogni membro deposita nel gruppo la sua storia e il continuo processo di ricostruzione della stessa e di riconessione dei significati fa sì che col tempo la storia di ognuno diventi la storia del gruppo, nello stesso tempo un dare senso al passato ma anche un darsi in divenire.

Il gruppo diventa, allora, per ogni paziente il referente e il testimone del suo “essere stato”, del suo “essere in atto” e del “progetto esistenziale” che rimette in gioco il futuro che la dipendenza aveva annullato nella coazione del presente (Greco e Nocentini, 2003).

Nelle sedute di gruppo emerge del materiale psicologico ricco, tanto sotto il profilo concettuale che quello esperienziale ed emotivo, materiale che nutre l’esperienza del gruppo stesso e l’ascolto, specie se orientato alle dimensioni emozionali, rende dinamico il contatto col mondo interiore.

Attraverso l’esperienza dell’altro, la reciproca esplorazione ed il rispecchiamento, le esperienze personali possono acquisire una forma e una struttura di cui, all’interno del mondo interiore del singolo individuo, non sono ancora dotate (Correale, 1995).

Molti aspetti propri acquistano leggibilità e riconoscibilità, uscendo da una sorta di possibile caoticità e il puzzle di ogni seduta, col tempo, permette di ricostruire una immagine dotata di senso che contiene o è permeata di elementi cognitivi ed emotivi.

Ascoltando gli altri si ha modo di riflettere sul proprio modo di esser nel presente, di chiarire a se stesso quali effetti le proprie azioni suscitano nell'altro, di recuperare dalla memoria traccia dei propri ricordi, di percepire con maggior chiarezza sentimenti rimasti a lungo confusi.

Il lavoro elaborativo promuove lo sviluppo della *funzione riflessiva* che permette di esplorare i fattori di vulnerabilità psicologica legati all'attrazione delle sostanze, di comprendere le condizioni emotive (ansia, depressione, rabbia ed ostilità) che spesso sono sottese al ricorso alle stesse come disfunzionale strategia auto curativa e di favorirne una più adeguata gestione per prevenire le ricadute, di sviluppare la consapevolezza circa gli atteggiamenti personali difensivi ma disadattativi e la conoscenza degli aspetti caratteriali che ostacolano la creazione ed il mantenimento delle relazioni sane, promuovendo, così, l'acquisizione di una capacità di riconoscere, integrare e simbolizzare le proprie emozioni nella vita intrapsichica e interpersonale.

Si innesca un processo maturativo in cui il riflettere coralmemente permette di assumere una modalità relazionale tollerante ed introspettiva che non giudica e colpevolizza, ma consente di valorizzare il senso di sé di ogni componente

Il soggetto, in gruppo e grazie al gruppo, migliora così la propria autostima e diventa capace di assumere comportamenti più adattativi e meno distruttivi sviluppando una migliore capacità autoprotettiva non solo attraverso l'individuazione e sperimentazione di altre strategie psico comportamentali che non siano quelle disfunzionali del bere o dell'abuso di sostanze ma anche attraverso l'acquisizione di strumenti e risorse per trovare il proprio "sistema di benessere", affettivo, emozionale, sociale, fisico e mentale, e per cercare di mantenerlo in equilibrio il più possibile (Greco e Nocentini, 2003).

Il trattamento grupppale specificatamente per i processi sopra evidenziati e sinergicamente ad altri trattamenti (educativi, sociali, psicologici e medici) attuati nei servizi per le dipendenze nell'ambito di un intervento di cura multidimensionale, concorre fortemente al successo di un percorso terapeutico che trova come indicatori oggettivi la compliance al trattamento, il mantenimento astinenza, il contenimento della durata della ricaduta e l'aumento delle attività lavorative e degli scambi sociali e come indicatori soggettivi l'aumento delle capacità di esprimere e gestire emozioni, di condividere e affrontare le frustrazioni, di (ri)assumere il ruolo sociale e famigliare negato o delegato attraverso la condotta alcolica o tossicomana.

Conclusioni

Il trattamento grupppale, spazio mentale e contenitore emotivo entro il quale ricostruire spazi di pensiero e di relazione, diventa un'esperienza che permette di riconoscersi in un passato e di proiettarsi in un futuro, un'esperienza di cambiamento e di riprogettazione, un'esperienza che non satura ma apre al desiderio e che permette di opporsi al tempo della rassegnazione, della ripetitività, dell'indifferenza e dell'incapacità a cogliere le differenze, il tempo dell'automatismo e del ripetersi sempre uguale degli eventi (Zucca Alessandrelli, 1998)

Di seguito si riportano due composizioni creative di due pazienti che nella loro immediata semplicità riflettono la profondità dell'esperienza vissuta in gruppo:

Qui, semplicemente noi

*Qui,
possiamo comunicare con tutti senza interpretare dei ruoli,
senza indossare delle maschere e usare strategie,
Così facendo non è difficile farsi capire
È qui,
che la parte di noi che abbiamo paura di far conoscere,
è la parte migliore
È qui,
che mostriamo il nostro lato più fragile, più vulnerabile
Qui,
bisogna trovare la forza di parlare in modo chiaro,
liberi e senza paura, con la sicurezza di mostrare
ciò che veramente pensiamo e siamo
Qui,
comanda la sincerità e il rapporto che abbiamo con noi stessi,
aiutandoci a comprender la nostra personalità*

(Carolina)

Il gruppo del giovedì

*Ricordo quando finiva il giorno
Con gli occhi stanchi camminavo nel viale del whisky
lasciavo dietro di me il mio tramonto e il mio passato
Sentivo nelle scarpe il peso di tutti i passi andati
Davanti a me il buio con l'ansia del domani.
Ero solo
E poi, un giorno,
tu mi hai offerto la tua compagnia
Avevo bisogno di aiuto e mi hai coperto di attenzioni
Mi sentivo abbandonato e mi hai portato in una casa
Nessuno mi ascoltava e tu hai saputo ascoltare il mio silenzio
ero in preda al panico e mi hai dato sicurezza
mi rotolavo nei miei incubi e tu mi hai fatto partecipe a te
Caro gruppo mi coccoli e dai amore
L'alcol mi rendeva un povero bastardo, sperduto in un lurido canile
e tu mi hai ridato fiducia nella vita
per questo ti sarò fedele*

(Pino)

Bibliografia

- Algisi P., Sanfilippo B. (2007). Individuo e società: il potere trasformativo del gruppo nell'auto-mutuo-aiuto. In: Campione G., Nettuno A. (a cura di). *Il gruppo e le dipendenze patologiche*. Milano: FrancoAngeli.
- Borgna E. (2007). *Come in uno specchio oscuramente*. Milano: Feltrinelli.
- Borriello J.G. (1979). Group Psychotherapy with Acting-Out Patient: Specific Problems and Technique. *American Journal of Psychotherapy*, XXXIII.
- Bowers T.G., Al-Redha M.R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *J. Stud Alcohol*, 51: 301-309.
- Brown S. (1985). *Alcolismo: Terapia Multidimensionale e recupero*. Trento: Erickson, 1998.
- Budman S.H., Demby A., Redondo J.P. (1988). Comparative outcome in time limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group psychotherapy*, 38: 63-86.
- Calvo Estopinán P., Perez Poza A., Sacristan Martin P., Paricio C. (2009). Group psychotherapy for prevention of relapses in alcoholism compared to standard outpatient follow-up. *Adicciones*, 21(1): 9-15.
- Carraro I., Ricci G. (2001). *Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze*, Atti del seminario. Dolo: Ed. Società di Psicologia delle dipendenze.

- Cooper D. (1987). The role of Group Psychotherapy in the Treatment of Substance Abusers. *American Journal of Psychotherapy*, XLI.
- Correale A. (1995). Introduzione. In: Correale A., Neri C., Contorni S. (a cura di). *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*. Roma: Borla.
- Fasolo F. (2000). L'organizzazione dei gruppi in un dipartimento di salute mentale. In: Costantini A. *Psicoterapia a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill Libri.
- Ferrigno G. (2009). La risonanza emozionale e i ritmi dell'incoraggiamento. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
- Flores P. (1997). *Group psychotherapy with addicted populations*. New York: The Haworth Press.
- Greco C., Nocentini M. (2003). Il trattamento di gruppo in alcologia. *Mission*, 6: 32-25.
- Guimon J. (2001). *Introduzione alle terapie di gruppo*. Roma: Borla.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Khantian E.J. (1990). *Addictions and the vulnerable self*. New York: Guildford.
- Kropotkin P.(1901). *Mutual Aid*. Boston: Extending Horizons Books (Ristampa 1914).
- Lambert M., Bergin A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin A., Garfield S.L. (a cura di). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 143-189), 4^a ed. New York.
- Lewin K. (1943). Forces behind food habitus ad methods of change. *Bull. Nat. Res. Council.*, 108, 35.
- Mackenzie K.R. (1997). *Psicoterapia breve di gruppo*. Trento: Erikson, 2002.
- Matano R.A., Yalom I.D. (1991). Approaches to chemical dependency: chemical dependency and interactive group therapy – a synthesis. *Inter. Journal Group Psychotherapy*.
- Majo E. (1945). *I problemi umani e sociopolitici della civiltà industriale*. Torino: UTET, 1970.
- Mazzoli G. (2009). L'incoraggiamento nella socio analisi di gruppo. *Riv. Psicol. Ind.*, 66: 105-114.
- Neri C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Pilkovins P., Imber S., Lewis P. (1984). A comparative outcome study of individual, group, and conjoint psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 41: 41-437.
- Piper W., Debbane E., Biennvenu J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 268-279.
- Smith M., Glass G.V., Miller T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Vannicelli M. (1988). Group therapy aftercare for alcoholic patients. *Inter. Journal Group Psychotherapy*.
- Varriale C., Salierno F. (1997). *Un naturale terreno di sviluppo del modello Adleriano*. Il Sagittario, Istituto di Psicologia Individuale. Torino, 1: 67-84.
- Vederhus J.K., Kristensen (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry*, August, 23: 6-35.
- Yalom I.D. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Trad. it. *Teoria e Prassi della Psicoterapia di Gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2009.
- Zucca Alessandrelli C. (1998). Come per magia. La ripresa delle funzioni. *Gli Argonauti*, 12.
- Zucca Alessandrelli C. (2000). Le nuove vie della psicoterapia di gruppo. *Psichiatria Oggi*, XIII(1).

NOTIZIE IN BREVE

Responsabilità professionale. Il Ministero della Salute seleziona 293 società scientifiche accreditate per scrivere le linee guida

Il Ministero della Salute ha pubblicato l'elenco delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, abilitate a produrre linee guida cui i medici e gli altri operatori sanitari dovranno attenersi nello svolgimento della propria attività, in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli) e del Decreto ministeriale 2 agosto 2017.

Nell'elenco risultano iscritte 293 società e associazioni, che hanno superato la valutazione sul piano amministrativo, in quanto hanno presentato tutte uno statuto aggiornato successivamente all'entrata in vigore del Decreto ministeriale.

L'elenco sarà aggiornato ogni due anni.

Il Presidente e il Consiglio Direttivo Nazionale con estrema soddisfazione comunicano che FeDerSerD, la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, è iscritta nell'elenco pubblicato dal Ministero.

Essere parte di questo elenco istituzionale delle società medico scientifiche e delle associazioni tecnico-professionali è per FeDerSer.D. motivo di grande soddisfazione ed è un risultato che rap-

presenta il riconoscimento dell'attività e del lavoro svolto in tutti questi anni nell'interesse del sistema dei servizi e di tutti i professionisti che vi operano: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori che quotidianamente lavorano con i pazienti e le loro famiglie, che sanno affrontare gli aspetti organizzativi e di management, che attivamente si impegnano a migliorare la professionalità del proprio lavoro, ritenendo che la scienza non sia separata dalla pratica.

FeDerSerD, una Federazione di professionisti impegnati a sviluppare e consolidare interventi clinici e preventivi su basi scientifiche, nell'interesse della persona e della società civile, si impegna ogni giorno per essere riferimento scientifico ed organizzativo attraverso attività di informazione, attività di prevenzione, proposte di formazione ECM e aggiornamento professionale nel campo del consumo, abuso, dipendenze e patologie correlate, la promozione di rapporti con le istituzioni nazionali e regionali e la promozione di una cultura del management nel settore delle dipendenze.

Report. Indagine su atteggiamenti e credenze verso l'uso di sostanze stupefacenti

Guido Faillace*, Fedinando Davoli**, Salvatore Daidone***, Cristina Matera****

SUMMARY

■ *The survey is inspired by the observation of repeated clichés, beliefs, preconceptions, emerged in interviews with consumers or drug addicts and during class discussions with students during the implementation of prevention projects. The young people involved are students aged between 14 and 16, still in the compulsory school age range. The contents that emerged prompted the investigation to verify misinformation or false information, as well as attitudes and disposition for use in an age group where “hearsay” can be the main source of information for the construction of attitudes and beliefs, despite the media opportunities to obtain scientific information on the issues in question. It has often been observed that the computerized medium is used to seek confirmation of street convictions using unscientific sites; that subjects who use so-called “light” substances tend to normalize the phenomenon with phrases like: “Everyone uses them, even the big ones”. The research topics concern the perception of danger towards occasional-non-employee consumption; the confusion between therapeutic use and abuse; the cerebral implications of use; the incorrect interpretation of the messages on legalization (generally interpreted as a license to indiscriminate use); the idea that individual freedom authorizes the use of substances; the conviction of their intentions to abstention; the hope of remaining free from use and living in protected environments; the arrangement for use. The answers obtained concerned a sample of 564 students. Emerging data show that about 8 out of 10 students have a general knowledge of the damage and the awareness that the consumption of substances is a risky behavior, while in the remaining two out of 10 the openness to use can be seen. A portion between 15% and 25% proves to have knowledge based on the “heard”. Between the ages of 14 and 16 4 out of 5 youngsters hope for a substance-free future. The openness to use is around 15%; a datum compatible with the surveys on the use of cannabis in the 15-year-olds offered by the Annual Report to Parliament. ■*

Keywords: Survey, Repeated clichés, Beliefs, Preconceptions, 564 students.

Parole chiave: Indagine, Luoghi comuni, Credenze, Preconcetti, 564 studenti.

L'Indagine

L'indagine prende spunto dall'osservazione di ripetuti luoghi comuni, credenze, preconcetti, emersi nei colloqui con soggetti consumatori o tossicodipendenti e durante le discussioni in classe con studenti nel corso dell'espletamento di progetti di prevenzione. I giovani coinvolti sono studenti di età tra i 14 e i 16 anni, di 6 istituti scolastici.

I contenuti emersi hanno sollecitato l'indagine al fine di verificare la disinformazione o la falsa informazione, nonché gli atteggiamenti e la disposizione all'uso in una fascia d'età in cui il “sentito dire” può costituire la principale fonte d'informazione per la costruzione di atteggiamenti e credenze, nonostante le opportunità mediatiche di ottenere un'informazione scientifica sulle tematiche in questione.

* Coordinatore Provinciale, Ser.T. Trapani.

** Responsabile U.O., Ser.T. Trapani.

*** Psicologo Psicoterapeuta, Ser.T. Trapani.

**** Tirocinante, Ser.T. Trapani.

Le asserzioni d'indagine sono state poste con un linguaggio quanto più aderente alle espressioni “di strada” che circolano e sono state in seguito oggetto di approfondita discussione in gruppo.

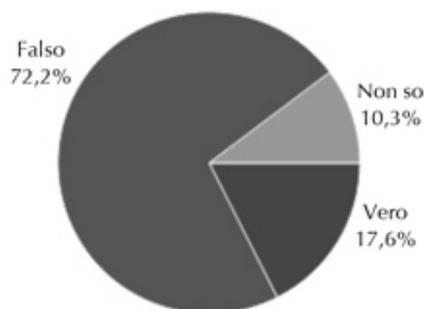
Gli item sono stati posti in forma affermativa ai quali bastava pronunciarsi con Vero o Falso o Non so, e in alcuni con disaccordo su una scala da 1 a 5.

Le tematiche d'indagine, a cui hanno risposto 564 studenti, riguardano la percezione del pericolo verso il consumo occasionale-non dipendente; la confusione tra uso terapeutico e abuso; le implicazioni cerebrali dell'uso; l'errata interpretazione dei messaggi sulla legalizzazione (in genere interpretata come una licenza all'uso indiscriminato); l'idea che la libertà individuale autorizzi all'uso di sostanze; il convincimento delle proprie intenzioni all'astensione; l'auspicio di rimanere liberi dall'uso e di vivere in ambienti protetti; la disposizione all'uso.

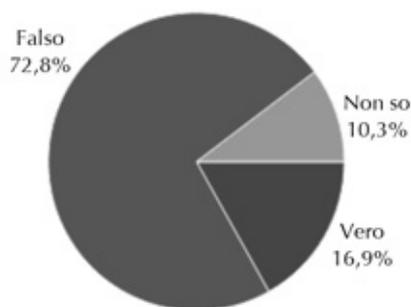
Risultati e lettura dei dati

1 item. Consumare sostanze stupefacenti che non producono dipendenza non è pericoloso. (Presupposto all'item: alcuni ragazzi pen-

sano che lo spartiacque del pericolo sia dovuto solo al rischio della dipendenza, l'item non specifica quale siano e se vi siano sostanze stupefacenti che non producono dipendenza per lasciare liberi di esprimere secondo quelle che sono le convinzioni personali).

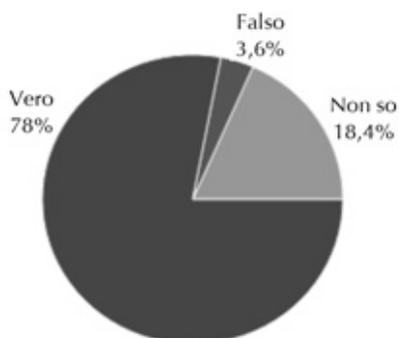


2. Usare sostanze una volta ogni tanto non comporta alcun rischio. (Presupposto all'item: rileva oltre l'informazione sulla pericolosità, senza specificare il tipo di sostanza usata, l'errata idea che con il consumo occasionale non si corra alcun rischio né per la salute né per la dipendenza).



Letture del dato: i due item, oltre che rilevare il grado di consapevolezza del rischio, denotano indirettamente, con percentuali quasi omogenee in chi ha risposto Vero (circa il 17% in entrambi), un'apertura all'uso poiché associabili a condotte immotivatamente proibitive.

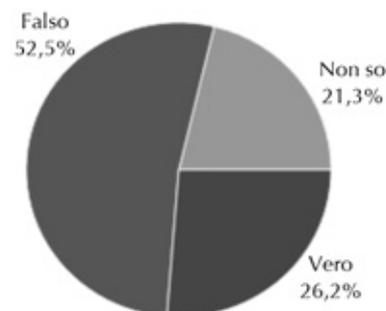
3. Gli effetti percepiti in seguito al consumo di sostanze stupefacenti sono dovuti a un'azione chimica nel cervello. (Presupposto all'item: si vuole valutare la consapevolezza della manipolazione chimica sull'organo cerebrale).



Letture del dato: 8 studenti su dieci sono consapevoli del coinvolgimento cerebrale nella pratica di assunzione mentre circa due su dieci lo ignorano o hanno un'errata cognizione.

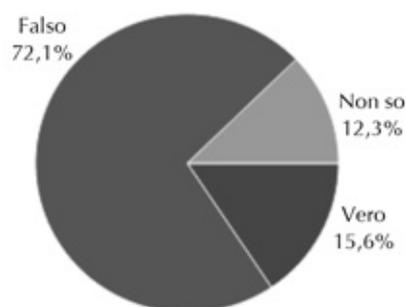
4. Il fumo di tabacco è molto più pericoloso del fumo di marijuana. (Presupposto all'item: per sminuire la gravità dell'uso di cannabis

tendono a cercare confronti con pratiche legali altrettanto dannose come tabacco o alcol, – dicono – "... non è mai morto nessuno con la cannabis", come se il punto fosse l'esperienza di una sola canna. Nel confronto non pensano di mettere a paragone condizioni reiterate d'uso come avviene nella dipendenza da cannabis ma a sporadiche assunzioni. Inoltre, non si considera abbastanza che nella pratica la cannabis viene associata al fumo di sigarette, all'alcol ecc., aggiungendo danno al danno. Non si tiene conto delle malattie come tubercolosi, bronchite, psicosi, dei danni cognitivi e neurologici ecc. correlati alla dipendenza da cannabis, l'accessibilità alla fonte dell'offerta ecc.).



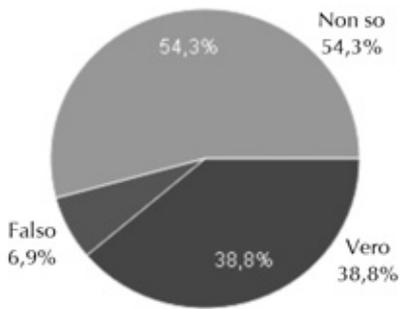
Letture del dato: un quarto dei ragazzi (26,2%) ritiene che il fumo di marijuana sia meno pericoloso del fumo di tabacco, il 21,3% ignora la differenza. Un tale atteggiamento può favorire l'apertura verso questo tipo di droga. Dire che il fumo di tabacco è più pericoloso è un falso problema, una comparazione avanzata per giustificare il diritto all'uso. Entrambe le pratiche sono dannose; che l'una sia meno dannosa dell'altra non ne giustifica l'uso.

5. La marijuana, spesso chiamata maria, canna, spinello, erba, essendo un prodotto naturale non si può dire sia una droga. (Presupposto all'item: in diverse occasioni, la sottovalutazione del rischio nel consumo di cannabis fa appello alla sua origine vegetale e pertanto si ritiene sia esente da tossicità senza considerare la modalità d'assunzione, la ripetitività della pratica, la tipologia di principio attivo ecc.).



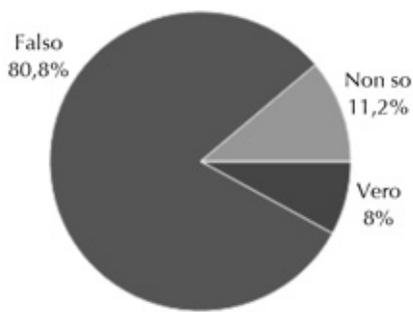
Letture del dato: la percentuale di coloro che pensano non sia una droga (15,6%) è quasi omogenea a quella di coloro che mostrano apertura all'uso come visto all'item 1 e 2. Uno su dieci ignora la differenza.

6. Lo spinello (cannabis) si conferma efficace nel trattamento della nausea e del vomito indotto dalla chemioterapia nei pazienti affetti da tumore. (Presupposto all'item: molti ragazzi che hanno sentito dell'applicazione in ambito sanitario riferiscono che la cannabis cura le malattie, pertanto deducono che fumare spinelli fa bene. Non hanno la ben minima concezione della differenza tra uso terapeutico – con tutto quello che di scientifico vi è a monte – e abuso privato senza curarsi della qualità della sostanza, della quantità del principio attivo, della modalità d'assunzione ecc.).



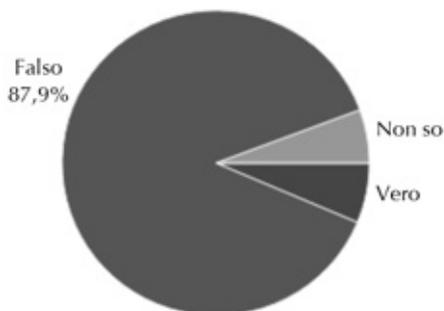
Letture del dato: la maggior parte delle risposte ignora che i principi attivi contenuti in alcune droghe siano presenti in preparati farmaceutici utilizzati per scopi sanitari. Il 38,8% conferma la veridicità dell'item.

7. Se la cannabis è usata in medicina per la cura di alcune malattie, vuol dire che fa bene a tutti quelli che l'assumono. (Presupposto all'item: l'item non parla volutamente di principio attivo perché chi confonde l'uso terapeutico con l'abuso, immagina l'assunzione nella modalità fumata, come nell'uso corrente).



Letture del dato: anche se non tutti conoscono l'uso terapeutico della cannabis 8 studenti su dieci mostrano di sapere di accostarsi a un oggetto nocivo, uno su dieci lo ignora e quasi uno su dieci è convinto che faccia sempre bene.

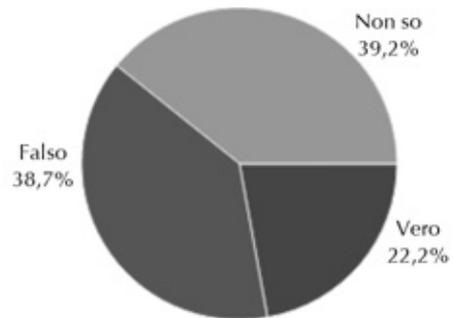
8. Se una persona è abituata a bere e dopo aver tanto bevuto non è ubriaca, può stare alla guida senza correre alcun rischio. (Presupposto all'item: a volte si assiste all'errata convinzione che la guida diventa pericolosa solo se si è ubriachi).



Letture del dato: la quasi totalità dei ragazzi è consapevole che l'alcol è una condizione di rischio per una guida sicura. Solo una minima percentuale di essi o non sa o ritiene che il discrimine per una guida sicura sia essere o non essere ubriachi.

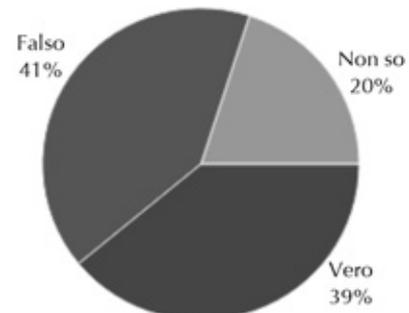
9. Tutte le sostanze stupefacenti illegali acquistate in clandestinità, con la legalizzazione saranno accessibili a tutti così come avviene in altri

Paesi (Es. Olanda). (Presupposto all'item: l'Olanda, come altri Paesi, non ha legalizzato tutte le sostanze stupefacenti. La sostanza legalizzata, la cannabis, non è accessibile a tutti, vi sono limiti di età, ambienti circoscritti ecc. Tanti ragazzi non vanno per il sottile: legalizzare il consumo e licenza all'uso indiscriminato di sostanze si equivalgono).



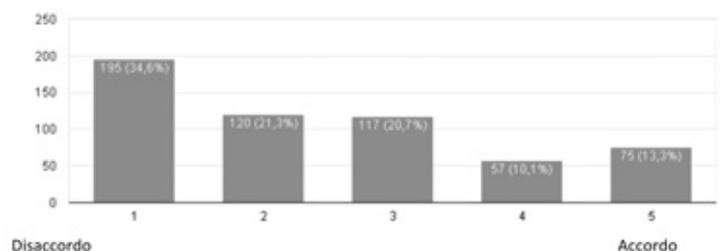
Letture del dato: il 39,2% ignora il risvolto della legalizzazione. Per il 22,2% di studenti la legalizzazione abbatte ogni barriera all'uso senza tenere conto della tipologia delle sostanze, della circoscrizione degli ambienti, del limite d'età, del principio attivo contenuto. È sinonimo di licenza all'uso senza vincoli.

10. La legalizzazione di una sostanza dà la possibilità a tutti i cittadini di maggiore età di consumarla quando vogliono senza incorrere in alcuna sanzione. (Presupposto all'item: qui s'introduce il limite della maggiore età, tolto il quale molti equiparano la legalizzazione con la licenza all'uso ("quando vogliono"). Si ignorano le pesanti sanzioni a cui vanno incontro i trasgressori che non rispettano i limiti imposti nei Paesi dove la sostanza è legalizzata).



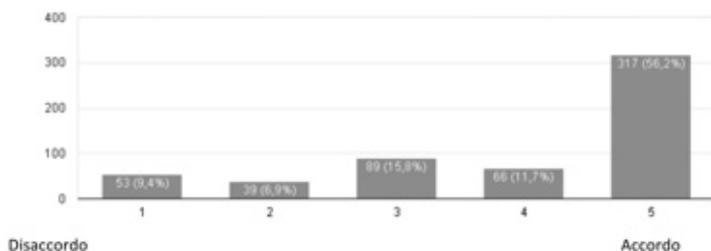
Letture del dato: la percentuale della licenza senza vincoli si allarga dal 22,2% dell'item 9 al 39% dell'item 10 quando si tiene conto del limite d'età. Per costoro, basta essere maggiorenni per consumare la sostanza senza tenere conto di altri limiti come il "cosa", il "dove", il "quando", il "quanto" ecc. Il riflesso di una concezione licenziosa della legalizzazione in altri Paesi mette in discredito il divieto dell'uso adottato nel nostro Paese.

11. Ogni persona, se non danneggia gli altri, dovrebbe essere libera di fare uso delle sostanze che vuole. (Presupposto all'item: molti consumatori rivendicano il loro diritto all'uso facendo appello alla libertà personale che è anteposta al danno conseguibile).



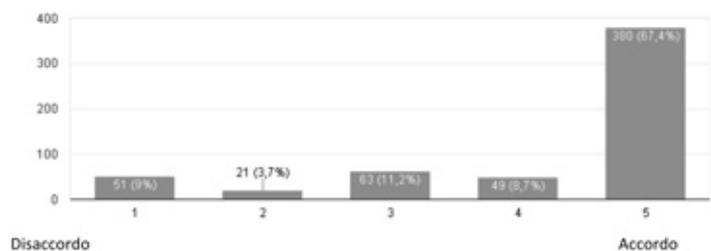
Letture del dato: più della metà dinanzi al rischio del danno personale mostra che la libertà d'uso è meno prioritaria del primo. Un quinto mostra incertezza, mentre quasi un quarto del campione ritiene che la libertà personale sia un diritto inalienabile anche a costo di farsi del male.

12. Se in futuro si presentasse l'occasione di usare sostanze sono certo che saprei come non farmi coinvolgere. (Presupposto all'item: l'item valuta la presunzione di affidabilità delle capacità volitive e di difesa delle proprie posizioni).



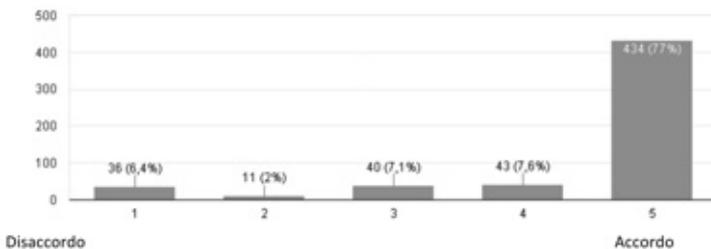
Letture del dato: circa i due terzi (67,9%) si ritengono in grado di gestire situazioni a rischio di consumo ma anche dicono di stare lontano dalle sostanze. Del rimanente terzo una metà mostra incertezza (15,8%) e l'altra (9,4% + 6,9%) mostra seri dubbi.

13. Mi piacerebbe che gli amici che potrei frequentare non facessero uso di sostanze. (Presupposto all'item: Valuta indirettamente la disposizione verso le sostanze attraverso la preferenza dell'astensione nell'ambito delle proprie relazioni sociali).



Letture del dato: circa i tre quarti degli studenti (8,7 + 67,4= 76,1) mostra di preferire ambienti sociali liberi da sostanze mentre del rimanente quarto una metà (9% + 3,7%) esprime incertezza e l'altra (11,2%) mostra indifferenza.

14. Se fosse possibile vorrei dimostrare ai miei genitori che non faccio alcun uso di sostanze per non farli stare in pensiero. (Presupposto all'item: verifica il posizionamento rispetto l'uso di sostanze con la disponibilità alla trasparenza).



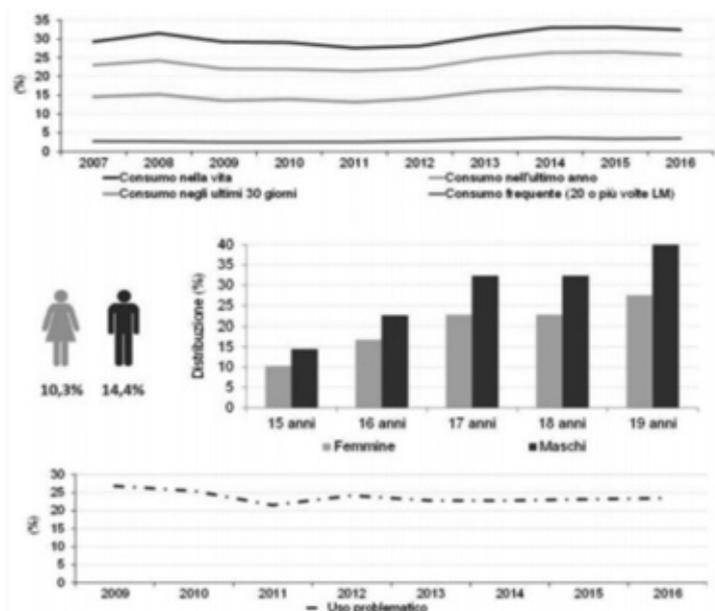
Letture del dato: circa l'85% degli studenti mostra di avere un posizionamento di estraneità all'uso volendosi sottoporre alla trasparenza.

za, mentre del restante 15% circa più della metà (6,4% + 2%) vuole mantenere la segretezza; il restante 7,1% è incerto se esporsi alla chiarezza.

Analisi complessiva

I dati emergenti denotano che circa 8 su 10 studenti possiedono una generale cognizione del danno e la consapevolezza che il consumo di sostanze sia un comportamento a rischio, mentre nei restanti due su 10 si può scorgere l'apertura all'uso. Una porzione tra il 15% e il 25% dimostra di avere cognizioni basate sul "sentito dire". Tra i 14 e i 16 anni 4 su 5 ragazzi auspicano un futuro libero da sostanze. L'apertura all'uso (item 1.-2.-14.), probabilmente concretizzata in azione, si aggira intorno al 15%; un dato compatibile con le rilevazioni sull'uso di cannabis nei quindicenni offerto dalla Relazione annuale al Parlamento.

Fig. 1 - Relazione Annuale al Parlamento Anno 2017



Il dato grafico della Relazione al Parlamento mostra che al raggiungimento del diciannovesimo anno, nel 2016, il consumo di cannabis tra gli studenti si è quasi triplicato sia nei maschi sia nelle femmine.

I dati mostrano quanto il periodo impegnato nel percorso scolastico che coincide con la frequenza delle Scuole Superiori, sia di maggiore esposizione all'uso e pertanto evidenziano dei cambiamenti di posizionamento tra un atteggiamento vigile e auto protettivo riscontrabile intorno ai quindici anni a uno di maggiore apertura verso la cannabis e forse in generale verso tante altre sostanze anche se in proporzioni ridotte.

L'implementazione registrata nei diciannovesimi e l'abbassamento dei livelli di guardia e di posizionamento man mano che dai quindici si va verso i diciannove anni, ovvero verso una maturazione neuro-bio-psicologica, è un dato che si presta per ulteriori riflessioni.

Forse l'acquisizione di una maggiore autonomia di movimento rende più esposti all'offerta?

È possibile che con l'avanzare dell'età cresca il convincimento di possedere un maggiore controllo nella gestione della condotta e pertanto anche in quella dei comportamenti a rischio?



Dai LEA alle risorse disponibili

CONVEGNO MACROREGIONALE FEDERSERD

Palermo - Sala Convegni NH HOTEL

Giovedì 30 maggio 2019

Razionale

I LEA sanciscono un diritto, quello per ogni cittadino di accedere a servizi e prestazioni a tutela del proprio diritto alla salute. In Italia come approccio delle politiche sulle droghe e come sistema di intervento i LEA intervengono e vengono applicati non sempre in modo uniforme da circa quindici anni con modifiche sostanziali nel tempo. Da gennaio 2017 anche la RdD è entrata a diritto nei Livelli Essenziali di Assistenza, un passaggio importante voluto e perseguito dagli operatori dei SerD e dalle Organizzazioni della società civile e del Terzo Settore. Le politiche Regionali a confronto su applicazione dei LEA e sulle risorse disponibili per una assistenza adeguata nel mondo delle Dipendenze Patologiche.

Programma Preliminare*

9.00	Registrazione partecipanti
9.30	Saluti Autorità e Apertura Convegno
10.00 - 13.30	SESSIONE I - IL SIGNIFICATO E L'ATTUAZIONE DEI LEA NEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE
10.00	Introduzione: I LEA per le Dipendenze nei contesti regionali: il presente e possibili differenze future - Guido Faillace (Trapani)
10.30	L'evoluzione dei LEA per le Dipendenze nelle politiche sanitarie - Liliana La Sala (Roma)
11.00	Le Dipendenze Patologiche nel sistema sanitario penitenziario: percorsi diagnostici terapeutici, reti e LEA in un processo di integrazione - Felice A. Nava (Padova)
11.30	Lea Doppia diagnosi, PDTA: strumenti per un approccio clinico omogeneo - Giorgio Serio (Palermo)
12.00	I Lea nella residenzialità: il ruolo delle Comunità Terapeutiche - Riccardo De Facci (Milano)
12.30	I LEA nelle Dipendenze fra innovazione e esigibilità: l'esempio della riduzione del danno - Roberta Balestra (Trieste)
13.00	Confronto/Dibattito
13.00 - 14.00	Light Lunch
14.00 - 17.00	SESSIONE II - LEA E PDTA NEI SISTEMI ASSISTENZIALI: DALLE BEST PRACTICES ALLE POLITICHE SANITARIE
14.00	Strategie per l'eliminazione di HCV nelle popolazioni speciali: quali i modelli efficaci? - Vito Di Marco (Palermo), Antonio Craxi (Palermo)
15.00	LEA e PDTA nei circuiti sanitari penitenziari: i percorsi nel processo della continuità delle cure - Roberto Ranieri (Milano)
15.30	Il PDTA nella doppia diagnosi nei processi di integrazione dell'organizzazione delle reti assistenziali - Marco Nuti (Venezia)

16.00

LEA e accesso alle cure nei consumatori di sostanze: l'integrazione nella co-morbilità psichiatrica e infettivologica

- Introduzione: **Salvatore Petta** (Palermo)
- Conduttori: **Guido Faillace** (Trapani), **Giorgio Serio** (Palermo)

17.30

Take home messages

Compilazione Questionario di verifica ai fini ECM

INFO

Giovedì 30 maggio 2019 - PALERMO - NH HOTEL - Foro Italico Umberto I, 22/B

CREDITI ECM

Il Convegno è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico, psicologo, infermiere, farmacista, educatore professionale, assistente sanitario**.

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

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

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- **Soci 2019 FeDerSerD - Partecipazione Gratuita**
- **Non soci 2019 FeDerSerD**
Medico-Psicologo - Farmacista - euro 55,00 (+ iva se dovuta)
- Altre figure professionali - euro 35,00 (+ iva se dovuta)
- Operatori Professionali non soggetti a crediti formativi - euro 35,00 (+ iva se dovuta)
- Studenti - euro 25,00 (+ iva se dovuta)

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

* Alcuni relatori in attesa di conferma.



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



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)

Telefono 031/748814 - fax 031/751525

Email - federserd@expopoint.it - www.expopoint.it

C'erano una volta le tossicomanie e tossicofilie... uno sguardo fenomenologico al mutamento del paradigma delle dipendenze

Andrea Valdevit*

SUMMARY

■ *The work traces the changes in the costumes of the “toxic worlds”, of the phenomena of consumption and dependence in the last sixty years.*

It focuses on the clinic of the new dependencies and the behaviors of addiction without substances, according to the phenomenological theories. ■

Keywords: *Drug addiction, Changes in phenomena, New dependencies, Phenomenological approach.*

Parole chiave: *Tossicomania, Cambiamenti nei fenomeni, Nuove dipendenze, Approccio fenomenologico.*

Cambiamenti nei costumi dei Mondi Tossici

Nel corso degli anni è considerevolmente mutata la condizione di uso, abuso e dipendenza dalle sostanze, sia per motivi di offerta sul mercato, sia per un cambiamento culturale del “popolo di consumatori”.

Si può parlare di *popolo* in quanto vi sono delle caratteristiche comuni, condivise e riconoscibili in loro, sia a proposito di un senso di appartenenza e di condivisione che per una condizione antropologico-culturale e clinica precipua.

Ad esempio, ai meri fini esemplificativi, negli anni 60 vi erano i consumatori di sostanze lisergiche e psicotrope, in parziale reazione ai totalitarismi e alle guerre per cui nelle sostanze era calata la ricerca di una alternativa pacifica quale Mondo condiviso.

Negli anni '80-'90 vi era il popolo degli eroinomani, nel decennio successivo quello dei cocainomani, categorie caratterizzate da un uso delle sostanze quali Alter da sé, cioè con identità parallele e precise anche nella dimensione chimica e degli effetti desiderati e voluti, ovvero le condizioni di questo stile di vita erano regolate da una scelta precisa e che sposava le caratteristiche delle sostanze con cui si accompagnavano nella quotidianità, dagli effetti volutamente ricercati proprio nel loro manifestarsi, ovviamente entro certi termini di volontarietà, ma di certo chi accedeva a queste sostanze allora le conosceva.

Potremmo condensare la condizione qui rappresentata e caratterizzante questa popolazione con un motto di sintesi eidetica quale di un “mondo troppo pieno da scoprire”, intendendo sintetizzare l'incapacità culturale e antropologica di far coincidere e convivere Mondo esterno e Mondo interno, utilizzando le sostanze come metro e veicolo di spostamento tra questi Mondi vissuti come distanti.

Negli anni 2000 si assiste, soprattutto per chi come il sottoscritto svolgeva la propria attività presso un Ser.T. e una Comunità Terapeu-

tica Diurna di Riabilitazione calata sul territorio, ad un fenomeno di mixing, di miscelazione delle sostanze, con una maggiore volontarietà automedicamentosa più che filosofica e culturale: le sostanze diventano cura senza che i consumatori intendessero comprenderne perfettamente gli effetti e i costi bio-psico-sociali secondari.

Intendiamoci, il dipendente da eroina non aveva di certo premeditato di diventare affetto e malato ad esempio dai vari virus correlati, ma questa complessa patologia, da un lato sconosciuta agli albori dell'utilizzo delle sostanze, era legata alle vie iniettive e alle modalità, ovvero al mezzo e non alla sostanza stessa.

Ciò che si osserva invece in questo periodo appena citato è una consapevole “ignoranza”, nonostante le campagne informative governative e non.

Altra considerazione è che le sostanze e i chimici che le producevano correvano più velocemente dei tempi della prevenzione sanitaria nazionale e dell'inserimento tabellare.

Qui potremmo parlare della presenza in questi uomini di un “male troppo ampio da curare”, enfatizzando la priorità dell'intervento sul dolore avvertito e sulla necessità di estirparlo.

Arrivando ad oggi si osserva una ulteriore modifica degli stili, più diretti in senso ricreativo e voluttuario, in cui la “cieca fiducia” nei confronti del “sistema erogante queste sostanze” è quasi assoluta.

Si acquista ancora per strada ma anche online, ci si lascia abbindolare e convincere da promesse come slogan, da un confezionamento estetico, da passaparola sui forum o per sentito dire, da “erbe da bagno” che dribblano il sistema di controllo statale piuttosto che da nuove esotiche sostanze o nuove riproposizione di quelle vecchie con effetti sconosciuti: non pensiamo solo alle nuove continue formulazioni di metanfetamine, ma alla marijuana addizionata ad esempio con oppiacei e benzodiazepine come l'amnesia, al khat e via dicendo.

Anche gli acquirenti dei farmaci online rientrano nella compagnia delle nuove forme di dipendenza, in quanto assumono sostanze lecite e non per “scavalcare” limiti socio-sanitari e/o legali imposti dalla normativa vigente o prescrittiva speciale, come ad esempio le nuove forme di assunzione de-responsabilizzante e modaiole tra i giovanissimi quali lo sniffare l'OKI, l'utilizzo di shaboo o krockodile.

Queste ultime droghe esotiche e provenienti da paesi esteri sono socio-culturalmente caratterizzate, oltre che dalla novità, anche da una incapacità nell'utilizzo almeno consapevole e risultano portatri-

* *Psicologo Psicoterapeuta – docente presso la Scuola di Specializzazione di indirizzo fenomenologico “Scuola Sperimentale per la Formazione alla Psicoterapia ed alla Ricerca nel Campo delle Scienze Umane Applicate” (ASL Napoli 1, diretta dal Dott. Carlo Pastore, DSM diretto dal Dott. Fedele Maurano).*

ci di pesanti ripercussioni dovute alla carenza esperienziale e culturale con relativa ignoranza degli effetti e dei costi personali biopsico-sociali, trovando i consumatori assolutamente impreparati a gestirle.

Questo significa non sapere come rimediare nell'acuto, non saperle auto-dosare, non comprenderne pienamente gli effetti secondari, non essere pronti a quali scatenamenti psicopatologici e fisiologici potrebbero accadere, rendendo di fatto impotente il "collega di sballo" al proprio fianco così come l'operatore sul campo o il riabilitatore.

Rientrano in questa dimensione di cieca fiducia caratterizzante i nuovi assuntori anche le cosiddette smart drugs o designer drugs, sostanze di pura sintesi in laboratori e senza piena consapevolezza da parte degli stessi chimici degli effetti anche solo farmacocinetici e dinamici, in cui la richiesta principale, preferibilmente euforizzante e magari duratura, è l'unica pretesa fornita dal mercato degli utilizzatori finali.

Potremmo qui parlare di persone caratterizzate da un "vuoto assordante da annullare", tanto da aver perso il senso della scelta, di ignorare volutamente e con ogni mezzo le dimensioni intimistiche e sociali della noia e dei pericoli, di una incontenibile scommessa e de-responsabilizzazione ma anche di una cecità a quanto continuamente accade ai propri pari.

Sempre più peso assumono, da sole o in con-presenza, le cosiddette dipendenze comportamentali, o dipendenze senza sostanza, il cui maggior rappresentante dal punto di vista epidemiologico e critico è oggi il GAP, o gioco d'azzardo patologico, seguito dalla internet dipendenza come pericolosità su più fronti, dalle dipendenze affettive, dalle sex addiction, da quelle alimentari.

Le ormai "vecchie" shopping dependencies, tra le prime ad aver attirato l'attenzione dei media negli anni recenti anche se tendenzialmente senza l'allarme sociale ma più come eventi isolati e bizzarri, le "americanate", invece sembrano essere tornate in voga con la maggiore disponibilità e uso della moneta elettronica, sia reale che in bitcoin, in comunione con la velocità e l'ampiezza dei nuovi bazar online che propongono qualsiasi cosa a qualsiasi prezzo, allettando il consumatore ad accumulare ed elicitando relative fantasie di possesso, di grandezza attraverso la quantità e ampiezza di oggetti in una sorta di veloce ascesa socio-economica di vetrina: se pensiamo ai diversi siti di e-commerce, famosi e non, in cui si alletta il consumatore a prezzi impossibili o improbabili sul mercato reale proponendo merce in moltissime occasioni non solo contraffatta ma anche pericolosa e tossica come evidenziato da sempre più numerose ricerche di organi di analisi e controllo.

Le nuove dipendenze in generale trovano facile genesi e impianto sociale nella velocità del loro darsi e nella promessa di una semplice alterità da sé, proponendo una fuga da chi si è realmente, ma in questo caso senza apparente impegno biologico o rischio di ripercussioni fisiche, da cui la semplicità vissuta, come nella responsabilità di assumere qualcosa di calato nel reale e che entri nel nostro corpo come le sostanze stupefacenti.

Si vuole e basta. Ma non si vuole essere etichettati come tossici. Così il nuovo dramma, che in realtà è un multi-dramma, è insito innanzitutto nel sotteso senso perduto di identità, in un giro di boa opposto rispetto alla nascita delle dipendenze classiche, in cui una identità era chiara, autentica o meno, di attacco o fuga dal Mondo o dal Sé o dagli Altri, e primariamente in base a quella o alla ricerca di un correlato ideale ci si muoveva con l'assunzione di sostanze: dall'eroinomane depresso e stanco del Mondo in cui non voleva più vivere al cocainomane alla ricerca di prestazioni massimizzate al consumatore di sostanza psicotrope da discoteca per ricercare la felicità in una sera.

Questi soggetti operavano continui trasferimenti tra le identità supposte ideali e le loro realizzazioni, ma avevano il loro *quid* nella centralità del fenomeno identitario.

Le nuove dipendenze invece nascono dalla resa rispetto ad una identità mai raggiunta per disinteresse o così traballante da essere costantemente preda di continue possibilità alterative inautenticamente a disposizione, come descritto dal *si heideggeriano*¹ in cui si assume ciò che non ha un senso proprio ma viene messo a disposizione da società, altri significativi, mass-media, più che diventare

oggetto consolidato e adeso al proprio sé nato da processi dolorosi di critica e necessità ad esempio.

Così come in una abbuffata bulimica in cui nulla ha più un sapore ma è il gesto in sé e non l'oggetto a portare il senso stesso, così in questa condizione gli individui qui descritti si pongono di fronte all'attesa di realizzazione vuota di ciò che hanno aprioristicamente assunto per vero e se non si raggiunge lo scopo designato come motto in autentico si prosegue semplicemente oltre.

Oltre quello, ricordiamo, trovato nella istantaneità della richiesta o dell'offerta anche casualmente incontrata e sottesa alla propria minima e appena increspata coscienza di bisogno.

Si assiste così ad una amplissima diversificazione dei modi di dipendere, come i nuovi ragazzi chiusi in casa presi dai videogiochi multiplayer online o tesi completamente nel creare relazioni su immagini e video "postati", cercando il piacere identitario dal riconoscimento altrui attraverso la "parola non-sense" del like.

Non-sense perché non aggiunge altro al semplice "piace" tradotto dal like, non aggiunge o perché viene declinato in un tempo istantaneo già perduto dal "post" successivo o perché in assenza di una anche minima condivisione empatica, né declinata nella dimensione esperienziale vissuta né in una richiesta di condivisione ulteriore significante.

Inoltre questa comunicazione vuota ha l'effetto di stimolare guerre tra pari con relative perdite, queste spesso reali, di relazioni e amicizie per un riconoscimento dovuto o non ricevuto, in un darsi spettacolare e in pasto allo sguardo e critica anonima, assoluta, senza alcun valore dato da esperienza, ruolo, competenza, età, ma solo dal vuoto riconoscimento senza complessizzazione qualitativa del possiede più like di altri o ancora di prestare ascolto a chi "urla" di più, come nei fenomeni originatisi dai social dei troll, heaters e company.

Nelle stesse sexual addiction, riflettendoci accuratamente, dove l'Altro dovrebbe essere conservato nella sua corporeità ed emozionalità, non vi è più il piacere sessuale, altra dimensione pesantemente concorrente in realtà a caratterizzare una identità, ma qualsiasi incontro vale l'incontro stesso, rimanendo svuotati come all'inizio ma anzi con un sentimento di vuoto maggiore aggiunto perché la coscienza, anche se non direttamente interrogata, fa comunque emergere il fallimento dell'essersi dati e il fallimento del sentimento vissuto disatteso.

Fallimento che rende ragione del cercare ancora invece dell'interrogarsi, perché la fame identitaria è qui un vortice frettoloso.

Le dipendenze comportamentali si muovono su fronti un tempo sconosciuti, rendendo complesso comprendere cosa accade e cosa possa essere alla fine dipendenza e cosa no, quando intervenire e come, con quale forza, direttività, anche obbligo.

Dietro l'apparente mancanza di emergenzialità psico-biologica, ovvero dello spettro della morte o anche dell'illecito e della perdita della libertà civile, si nasconde una forte sottovalutazione della problematica psicopatologica ma soprattutto delle possibili evoluzioni sociali, economiche e anche legali, nefaste e dagli alti costi individuali, familiari e sociali: dai debiti sotto diverse forme all'insorgenza di richieste di aiuto ai diversi servizi sanitari e sociali (nonché di controllo sociale) territoriali nonché per la dovuta assistenza per le condizioni di sofferenza di ritorno, reattive, negli individui sofferenti e nei loro cari, che susciterebbero a catena ulteriori problematiche.

Come le perdite di lavoro, le separazioni, l'isolamento ulteriore dalle reti sociali... senza dimenticare i pensieri e i tentativi suicidari sempre più frequenti.

Il motto eidetico risultante dalla riflessione a proposito delle nuove dipendenze potrebbe essere di un "nulla da dire", ovvero di una perdita del senso di sé talmente ampio che qualsiasi evento potrebbe essere apparentemente e speranzosamente significativo per poi rivelarsi fallace, incoerente. Nullo.

Fenomenologia clinica delle nuove dipendenze

Dal punto di vista clinico sono estremamente interessanti nella loro comprensione e trattamento quanto critiche e complesse le nuove dipendenze, in particolare il GAP, sia per la portata sociale che per

le tragedie personali e familiari nonché per la complessità e lunghezza del processo di cura.

La fenomenologia, intesa duplicemente sia come pratica metodologica che clinica, ci aiuta grandemente a comprendere la complessità e il senso di questa patologia da dipendenza nel suo darsi, socialmente contraddistinto da etichette semplicistiche quali “vizio” o “gioco sfuggito di mano” o comunque di qualcosa legalizzato e dai connotati ludici, quindi attinenti al campo del gioco in quanto svago e passatempo, evento semplice e leggero rimandante quote infantili e ingenuie trasferite nell’adulto, caratterizzato dal mettere in campo un piacere *puro* e che ha come interlocutore il campo delle possibilità, da cui l’aleatorietà come sfidante.

Nel caso, purtroppo molto frequente, di un successivo scivolamento anche tumultuoso con l’intensificarsi delle giocate verso territori vissuti con allarme per le criticità economiche con i possibili indebitamenti e i correlati comportamentali disfunzionali che osserviamo nella pratica quotidiana, il soggetto viene quindi tacciato dai familiari e dalla società di “mancanza di volontà”, di esagerazione, diviene improvvisamente incomprensibile nel suo darsi quando poco prima era un “vizio tra i tanti”.

Si passa per il soggetto dall’essere giustificato all’essere demonizzato, senza passaggi comprensivi intermedi, complicando anche l’assunzione di identità sul fronte sociale e assistendo ad una ulteriore cronicizzazione dei comportamenti sia di gioco che disadattivi, quali il mentire e il rubare ad esempio, in seguito alla solitudine e alla ghettizzazione deviante².

Dicevamo però del comprendere fenomenologico su cui concentrarci qui.

Nel GAP ci troviamo di fronte ad una apocalissi esistenziale e ad una apofania psicopatologica, in cui una atmosfera deliroide tinge il vissuto del sofferente.

L’apocalissi esistenziale consiste nell’aver perduto le dimensioni di controllo di sé, del senso del limite, della coscienza morale relativa al proprio nucleo di appartenenza socio-familiare.

Vi è continua emergenzialità, una fretta di ritornare nei territori e nei luoghi fisici della sfida e della scommessa, scommessa non con se stessi, come in ogni reale esposizione ludico-agonistica, ma verso il destino della perdita continua per definizione caratterizzante l’azzardo e l’aleatorietà³, e lontani dalla vittoria della vita vissuta nel suo esplicarsi quotidiano e condiviso che qua è invece solo solitudine.

La componente apofanica, ovvero caratterizzata dalla comparsa dell’atmosfera di attribuzione di nuovi significati dal Mondo⁴, mostra anche qui condizioni almeno deliroidei, in quanto si evidenziano nel giocatore patologico atmosfere psicotico-mimetiche con ideazioni para-logiche o illogiche e dal sapore magico a proposito del computo delle possibili vincite, condizioni dissociative con perdita della memoria a breve termine sia a proposito delle perdite che assistendo a fughe dissociative *da manuale* tra le altre cose, con l’individuo che si ritrova in altri luoghi senza averne avuta cognizione, fondamentalmente luoghi del gioco. Sono presenti vere condizioni astinenziali sia sul piano fisiologico che psicologico con correlati comportamenti disadattivi come stipulazione di debiti, architetture complesse e improbabili di menzogne e giustificazione dei propri comportamenti a se agli altri; i correlati emotivi sono comprensivi ambivalentemente del trittico depressivo/melanconico (non malinconico ma melanconico perché caratterizzato dalla perdita depressiva endogena e profonda), disforico/aggressivo e ipomaniacale/maniacale nel senso dello slancio verso l’ignoto e del mondo solitario in cui non vi è spazio per un Altro significativo al proprio fianco. Si osservano principalmente componenti autistiche e depressive, stati misti, dimensioni borderline, oltre a tutte le possibili componenti ansiose/paniche correlate reattivamente post-evento.

L’intero mondo psicopatologico vive in comorbilità con questa condizione, una vera doppia diagnosi.

L’ideazione si presenta critica, almeno deliroide appunto come dicevamo sopra, in quanto legata indissolubilmente a realtà alternative e non condivise, in cui vi è una attribuzione di significato nuova: ecco la componente psicotico-mimetica se non veramente psicotica di fondo.

Ad esempio nell’ascoltare i sofferenti della condizione di GAP si osserva l’escogitare di spiegazioni pseudo-scientifiche matematiche

per le perdite e le ipotetiche vincite che sarebbero dovute accadere e che hanno spinto alla scommessa.

Si perdono i riferimenti del limite e delle reali possibilità economiche. O accostandoci anche alle altre dipendenze patologiche, nel mondo della internet dipendenza si assiste in diversi casi ad una assunzione di grandiosità e importanza in cui viene ricercato un vissuto di centralizzazione, un essere al centro del mondo in cui dettare legge e opinioni senza considerare lo scambio e la critica possibili e necessari per un *dia-logo*, estremizzato nei fenomeni sempre più dilaganti di *haters* e *trolls*.

L’avvicinamento nosografico che qui si propone, con la consapevolezza anche della pericolosità di una gravosa diagnosi, di psicoticità, o citando Kimura Bin di *schizofrenia-sine-schizofrenia*⁵ dall’osservazione di questi fenomeni, deriva dalla caratterizzazione clinica che si osserva in questi sofferenti primariamente nella perdita del mondo comune, dall’isolamento socio-relazionale e capace di assorbire totalmente il senso della quotidianità altrimenti spogliata di altri significati, desideri e motivazioni, anche dalla difficoltà a comprendere le ragioni altrui alla criticità dei propri comportamenti, giustificati con le modalità e i contenuti più disparati e chiamando in causa enti quali sfortuna o anche, con vissuti paranoidei, un dolo voluto nei propri confronti.

In altre occasioni ancora si sono chiaramente osservate nella pratica quotidiana componenti dissociative di bleuleriana memoria e delle sue famose 4A, che ricordiamo essere anaffettività o ridotta capacità affettiva, autismo, allentamento dei nessi associativi, ambivalenza, perfettamente riscontrabili in alcuni casi. In moltissimi casi in realtà.

Questi uomini si descrivono spessissimo come immersi in un mondo alternativo, assenti emotivamente e a volte anche razionalmente ma comunque profondamente disinteressati a tutto, con l’ideazione coartata solo a tematiche polarizzate sul gioco o sulla partita video ludica.

O sulla chat. O sull’acquisto compulsivo di beni.

A queste prime considerazioni generali ora si farà seguire una analisi delle dimensioni fenomenologiche più approfondita sebbene, per motivi di spazio, solo accennata.

a) La coscienza si fa crepuscolare, coartata, e di conseguenza tutte le funzioni psichiche di base (attenzione, volontà, interesse, memoria, associazioni e predizione del futuro ad esempio) decadono e perdono di flessibilità, di capacità di svolgere le normali funzioni, di legarsi ad eventi nuovi e correggere le traiettorie.

Si diventa ciechi e sordi, solo il proprio moto interiore assume rilievo e importanza di espletamento.

Gli interventi soprattutto nella fase acuta o astinenziale, come per i tossicomani da sostanza, sono perlopiù inconsistenti.

b) Il tempo vissuto, non cronologico, che quindi ci indirizza sul ritmo e senso del divenire esistenziale, del cammino precipuo di ogni uomo sia nella quotidianità che nelle dimensioni intimistiche e private della propria condizione di stare-al-Mondo, per il giocatore patologico è un tempo frammentato, esplosivo, sgranato, in cui il mondo è diviso tra il momento della scommessa e un indifferente magma del prima e dopo in cui il senso globale viene pertanto ceduto al prossimo momento di gioco che verrà.

L’umore pre- e post-evento è riferito come grigio, neutro, correlato ad un tempo dicevamo singhiozzante e sospeso, tra il non-ancora di matrice ansiosa e salvifica precedente l’evento clou e il già-concluso troppo presto invece di sapore depressivo melanconico.

Il tempo del gioco, diversamente da quello vissuto dal giocatore appena descritto, è un tempo ultra-rapido, istantaneo, caratterizzato da picchi anche montanti e crescenti, quindi non solo aderenti al tutto-o-nulla come nei potenziali d’azione, ma questi picchi sono immediati e repentini nella loro fase di espletamento in cui tutto è istantaneamente perduto, o raramente conquistato.

La disponibilità online oltre alla velocità dei giochi in sé fa perdere anche l’utilizzabilità come possibilità di presa, di confidenza nel reale, della presenza del gioco nella vita che diventa un finto conoscente a cui affidare tutto.

La caduta dal *paradiso possibile* al “solito inferno”, perché accade continuamente in quanto il tempo frenato del gioco è senza memoria nè retrograda nè anterograda né progettuale, è drammatica.

Drammatica non solo nella repentinità senza terreno ma anche nelle ripercussioni: perdita e vergogna, solitudine, incomprensione da parte degli altri, fretta di dover recuperare e provvedere a compensare le perdite, sia economiche ma soprattutto della fiducia.

Non vi è pace e anche una delle funzioni del tempo a essa legata, quella dell'oblio, è perduta e così nell'apparente paradosso che si instaura nelle declinazioni temporali non avere memoria delle azioni e contemporaneamente non avere diritto al lenimento dal senso di fallimento obbliga il soggetto a continuare a fare neglect dello stato drammatico presente, degli errori passati e del baratro del futuro.

Vi è un finto presente in cui tutto può potenzialmente accadere (la vincita riparativa sempre più ingente), nell'attesa di un Big bang della rinascita.

c) Lo spazio vissuto, dimensione che sul piano clinico ci informa sul modo del soggetto di procedere e sentire la propria sicurezza di base nell'aver a che fare con il Mondo e del diritto sentito e posseduto di agire e dire la propria, nel nostro sofferente si declina nel senso della perdita del limite tra l'osare probabile e il possibile allucinato, sganciandosi dalle reali portate personali e individuali.

Tutto risulta estremamente alla portata e *corto*, cioè vicino, come accennavamo anche sopra, complicato ulteriormente nel suo facile legarsi allo spazio fisico reale dei luoghi di consumo che diventano seconde case, comode e intime.

Che siano il retrobottega fumoso e *rachitico* dei bar lungo la strada, sistemato in una stanza a parte e con l'accesso *velato* da una tenda scura e pesante, agli ambienti di sospensione delle coordinate spazio temporali in cui sono previste luci soffuse, musiche soft e rilassanti, possibilità di fumare e dedicarsi drink a qualsiasi ora, vetri assenti, accesso libero al pubblico negato come delle sale VLT, si assiste ad uno spazio costruito ad hoc per il giocatore, sebbene fisicamente racchiuso tanto in una macchinetta con sedile e posacenere del primo esempio o agli spazi di decine di macchinette o ancora ad uno schermo su cui scorrono numeri ogni minuto delle tabaccherie, non vi è però altro, è uno spazio volutamente povero di alternative altrimenti *disturbanti* e che annulla lo scorrere del tempo che altrimenti porterebbe più facilmente i suoi richiami ai doveri, alla famiglia, al lavoro...

Lo spazio di questo gioco non è abitato, non dona piacere e agio nel muoversi come paradossalmente erano gli spazi del tossico dove poteva *farsi* e che eleggeva a seconda casa, a cui era legato e che conosceva nei suoi meandri.

d) L'Altro fenomenologico inteso come dimensione dialogica del porsi al con-me, co-umano, compagno (più o meno) alla pari in questo mondo, è a tratti assente, negato, impossibilitato a stare e a seguire queste montagne russe in cui si muove il giocatore patologico.

Non c'è posto per una morale che intesa in quanto tale ha genesi dal co-, come quella del considerarsi parte di una comunità, nel momento del gioco, perché appesantirebbe troppo lo stare-in-situazione patologica e traslato invece dalla norma quotidiana.

Gli altri sono oggetti manichei, relegati unicamente a mezzi cui chiedere il denaro ritenuto necessario per continuare a giocare oppure individuati e vissuti come ostacoli perché limitano le condotte di gioco e rientrano nella condizione del “far perdere tempo” o che ancora suscitano sentimenti di colpa, colpa non ammessa.

Le relazioni interpersonali sono pertanto caratterizzate dall'uso al bisogno, le persone diventano salvadanai, oggetti temporanei normalmente assenti dal flusso del pensiero intenzionale nel corso della giornata, arrivando a dimenticarsi pertanto non solo delle loro presenze in *carne e ossa* ma anche dei correlati bisogni manifesti ed evidenti: un paziente in particolare riferiva di utilizzare per il proprio gioco patologico i soldi avuti per acquistare i succhi per i figli; moltissimi riferiscono di intercettare i soldi destinati alle utenze o all'affitto senza porsi alcun problema nell'immediato.

e) Il Mondo fenomenologico inteso come concezione dell'ambiente altro-da-noi e contemporaneamente attorno a noi, presso-di-noi, e caratterizzato pertanto anche come amplificatore del senso del proprio viverci, nel risuonare e vibrare in continuità con l'Uomo, è ristretto, inadeguato, incapace di ascoltare i propri bisogni reali ma soprattutto coartato e illuminato di senso solo dagli eventi patogeni. I pazienti riferiscono all'unanimità di essere interessati ed emotivamente scossi solo dal gioco, o dalla possibilità di comunicare in chat o guardare e confrontare cosa hanno scritto gli altri nel caso ad esempio delle internet-dipendenze.

Qui vi è ancora una fortissima correlazione con le dipendenze da sostanza.

Il *resto*, inteso come tutto ciò che è oltre-noi, è assente, indifferente.

Gli eventi socio-politici non li sfiorano, accanto all'incedere quotidiano di questi uomini può presentarsi e accadere qualsiasi evento e questi realmente, e non per enfasi eccessiva di chi scrive, nello stato dissociativo in cui vivono non si accorgerebbero dell'accadere fianco a fianco.

Una paziente raccontava di non essersi accorta nel suo “vagare” che il figlio impensierito e sospettoso la seguiva da distanza ravvicinissima fintanto da passare inosservato sotto gli occhi di lei fino a che non era entrata in un tabaccaio a scommettere e solo dopo aver compiuto il gesto d'azzardo nel girarsi verso il Mondo si era accorta degli occhi di questi che la fissavano increduli e addolorati. Si raccontano, nel momento di lucidità auto-osservante, come “zombie” che camminano per il mondo.

Un giocatore riferisce: “eravamo tutti come cinesi ai miei occhi, indistinguibili alla vista e tutti uguali”.

Il resto del Mondo secondo questi uomini in seconda istanza non li comprende e quindi lo vivono con inquietudine, rabbia.

Le dimensioni fenomenologiche qui sopra solo accennate raccontano già nel loro darsi ermeneutico iniziale la particolarità di questa patologia, facendo intravedere il suo passo clinico progressivo sino all'eventuale scontro con l'impossibilità a proseguire nella *lebenswelt*⁶, nel *Mondo della Vita*, non dovuta quasi mai ad una consapevolezza e volontarietà inserite nella *Weltanschauung*⁷, nella *Visione del Mondo* del soggetto affetto dalla condizione di sofferenza, ma ad uno scontro con le condizioni di realtà che come una scure cadono all'improvviso addosso a questi, scatenate il più delle volte dall'assenza totale della disponibilità economica e al successivo presidio allarmato delle famiglie, solo in seguito.

Arriva contestualmente la prima consapevolezza di malattia, in realtà dai colloqui si scopre già presente *in nuce* ma sempre sottomessa al *bisogno* di giocare, come accade nelle condizioni pre e post-astinenziali da sostanze, caratterizzata da lucidità e dolore declinati nelle diverse sfaccettature rispetto alla trasformazione negativa del sé e della propria esistenza attuale.

Le aspettative iniziali di cura sono in questi soggetti al contempo assolutamente minimizzate nella loro necessità, in un panorama sociale di base oggi ancora troppo poco comprensivo della patologia sia nella sua gravità che nella sua effettiva diagnosi comprensiva e *popolare*, così come i gesti di prevenzione sono ritenuti non necessari, nel predominio culturale del *vizio* e non della patologia.

Tecnicamente ci troviamo di fronte ad una doppia diagnosi, di competenza dei Dipartimenti per le Dipendenze per la tematica ma dai connotati psicopatologici fortissimi e che meriterebbe pertanto una compresenza nelle Dipendenze Patologiche della Salute Mentale per la condivisione degli sforzi non solo di cura multi-disciplinare ma anche di trattamento e prevenzione.

È al contempo una condizione sociale e civile complessa, con problematiche economiche e amministrative, dove i Servizi Sociali potrebbero contemporaneamente essere di grande aiuto.

Sono presenti problematiche di emergenza e nuova povertà familiare, pericoli suicidari, para- e non, anche problematiche legali derivanti dal tentativo più o meno lecito (o per nulla lecito) caratterizzate dai bisogni anche immediati di provvedere ad avere liquidità in seguito alla facile contrazione di forti debiti e impegno di risorse dal valore economico di varia natura, sia con istituti di credito riconosciuti e non...

Sono previste dalla legge anche figure tecniche di amministrazione delle risorse ma finché il problema non sarà recepito dalle famiglie come una reale patologia queste possibilità risulteranno più o meno adeguate ma solo in seconda istanza, a drammi avvenuti.

Applicativi e metodi

Ecco infine alcune possibilità terapeutiche ragionate nate dallo studio comprensivo del *darsi unico* di queste patologie da dipendenza senza sostanza, nonostante le fortissime correlazioni con le altre condizioni di dipendenza, così come emerso dal lavoro clinico e quotidiano svolto con la U.O.S.D. Dipendenze Comportamentali e Ser.D. Mobili che dirige il Dott. Roberto Malinconico nel Dipartimento Dipendenze diretto dalla Dott.ssa Lidia Nuzzolo della ASL Caserta⁸.

a) Il primo colloquio di accoglienza dovrebbe essere informale, per sviluppare un senso reciproco di fiducia ulteriore rispetto alle dipendenze classiche perché la componente illecita, illegale, "sporca" del corpo-umiliato (eroina, alcool, ecc.) o anche solo apparentemente intatta del corpo-medium (cocaina, amfetamine, cannabinoidi) per le sostanze è molto limitato o praticamente assente qui e cade un bisogno da sfruttare nell'approccio di presa in carico che era appunto mediato anche dal corpo in quanto sofferente nelle sue diverse declinazioni per il tossicomane classico.

Gli utilizzatori del gioco d'azzardo vengono alla nostra osservazione principalmente perché obbligati o messi con le "spalle al muro", come si descrivono, dalle contingenze apocalittiche, psicologiche, familiari, economiche, sopra sintetizzate.

Vengono tendenzialmente dopo diversi tentativi spontanei e inconcludenti di controllare le perdite prima e il gioco in sé poi.

Mentre con le sostanze c'è "qualcosa" a cui addossare una colpa caratterizzata da fisicità e caduta reale, un *quid* dotato di esistenza palpabile, per gran parte delle nuove dipendenze tutto è fuori dalla portata materiale, viaggia su dimensioni lontane nello spazio (campionati uruguaiani su cui scommettere), nel tempo (puntate in borsa tipo futures), nella realtà condivisa e quotidiana (dipendenze da videogiochi e contatti sui social); nel caso delle dipendenze affettive e da cibo esiste un *corpo-cosa* cui dipendere ma rientra contemporaneamente in un piano abituale da cui al contempo viene sradicato il corpo perché sotteso al *mare di nebbia* della vita nella quotidianità.

Il colloquio iniziale dovrebbe prevedere almeno usualmente anche delle dimensioni meno "elevate e gratificanti" sul piano terapeutico ma necessarie nel panorama della libertà di movimento autentica perduta da parte del sofferente che è rimasto orfano anche della *banalità*, agendo quindi con lungimiranza su fronti educativi e pedagogici, più "semplici", intervenendo e chiarificando a proposito delle necessarie prese di posizione da parte dello stesso sui fenomeni di deriva economica e familiare innanzitutto.

Al primo colloquio dovrebbero essere presenti anche i familiari, o almeno una persona di fiducia che accompagni e vigili su quanto emerge, così da contrastare sia la obiettiva dimensione dissociativa che i tentativi di fuga dovuti alle complessità sopra accennate.

Queste persone hanno infatti perduto il senso del limite, provano crisi astinenziali con i classici correlati psico-organici: disforia e facile attivazione anche violenta con acting out, ansia generalizzata e pervasiva, sensazioni di malessere generalizzato con arousal fisiologico parasimpatico, sentimenti distimico-depressivi di senso di vuoto e colpa incolmabile, oltre a manifestare comportamenti ambivalenti quali manipolazione e *spudorate bugie* al fine di tornare a giocare.

b) Il seguimiento dovrebbe essere sempre concepito come multidisciplinare oltre che terapeutico, ovvero i piani psicologico ed eventualmente farmacologico nonché pedagogico-educativo e di assistenza sociale dovrebbero essere tra loro in sintonia, tesi a sostenere il *darsi* di un *doppio canale*, in linea con quanto descritto sopra a proposito del primo colloquio, ovvero sia di astensione, se necessario anche forzata e veicolata dai cari oltre che preferibilmente

supportata e consapevole, che di impegno ermeneutico sul fronte sub-fenomenico della manifestazione della dipendenza (gioco, alimentazione inadeguata, internet social life...).

Infatti il pz dipendente comportamentale oltre ad avere una grave sintomatologia nucleare nascosta dall'eclatanza del fenomeno patologico maggiore in sé, da cui la richiesta e spesso l'aspettativa di aiuto mono-centrata, deve essere continuamente monitorato nei comportamenti sottili e accessori altrimenti capaci di creare ulteriori dissesti ed agire negativamente sullo stesso percorso di cura, scontrandosi con l'apparente *fatica* nel primo periodo di questo percorso o con l'impossibilità a proseguirlo per i più disparati motivi.

Ad esempio a questo proposito un assistito tipico è capace di operare promesse e mostrare primi periodi di astensione piena, di rinunciare a quote di libertà di movimento al fine di mostrarsi compliant con le richieste familiari, di proporre di lavorare di più, se il lavoro fosse ancora mantenuto, per ripristinare i debiti contratti, in *ambio* di essere sostenuto ancora una volta da *cieca fiducia* da parte della famiglia che in buona fede e assistendo a primi momenti di pace non lo forza a presentarsi agli appuntamenti di controllo o terapeutici.

L'operatore deve chiaramente anticipare e convivere con la frustrazione derivante dalle ricadute potenzialmente continue, con le bugie di copertura, con la scarsa continuità e drop out correlata allo scivolamento della motivazione, con la famiglia da sostenere e a cui far arrivare il messaggio di consapevolezza di malattia senza stigmatizzazione e così via.

Il seguimiento multi-disciplinare porterebbe con sé una ricchezza e ampiezza delle prospettive, figlie delle diverse professionalità delle figure sanitarie (e non solo)⁹ in campo, permettendo percorsi complessi e raffinati nonché veramente calati sulla singola persona sofferente, di comprensione e conseguente presa in carico e cura interiorizzate da tutte le parti in gioco.

c) Le terapie di gruppo fenomenologicamente orientate centrate sulla persona nella sua globalità e non sul disturbo potrebbero essere una scelta operativa e di metodo in quanto in linea con la consapevolezza che la manifestazione fenomenica in sé, ovvero la condotta deviante globale, e il sintomo eclatante ed emergenziale, ovvero il momento di scivolamento nella precipua forma di dipendenza, rappresentano l'atto finale e conclusivo, in acuto potremmo dire, della problematica reale, quindi non rappresenterebbero l'eziopatogenesi nucleare e il disturbo primario.

Le terapie di gruppo hanno in sé per loro stessa fondazione epistemologico-clinica e senso strategico-metodologico un enorme potere catalizzante l'attenzione e la motivazione degli utenti per diversi motivi qui di seguito solo accennati: fanno avvertire il soggetto essere tra pari sofferenti la stessa problematica pertanto da qualcuno già vissuta; permettono di oscillare tra la considerazione di sé come *portatore unico* di una problematica anche vergognosa e negativamente caratterizzata e il subire questi sentimenti passivamente in un piano intermedio ed obiettivo ridefinendo la portata solitaria; fanno intravedere e condividere lo spazio e il tempo terapeutico tra chi è in diverse fasi del trattamento così che in chi si trova in una fase avanzata permetta di estendere la possibilità di stabilizzazione del disturbo con il proprio esempio attuale e questi stessi ultimi utenti invece circolarmente e ciclicamente possano riscoprire (e pertanto non sottovalutare) grazie alla presenza di chi è in una fase iniziale la possibilità reale delle ricadute; permettono ai familiari, che accedono ai trattamenti di gruppo, di non sentirsi soli nella posizione passivizzante di spettatori e fare invece gruppo motivante con altri *accompagnatori* nonché di prendere una posizione con il proprio caro condivisa nel e con il gruppo e di volta in volta modificabile gradualmente e al bisogno; permette a chiunque di poter essere ascoltato, di esternare le proprie riflessioni e critiche e di accogliere così la trasformabilità in un ambiente rappresentativo della popolazione e non chiuso nelle barricate della patologia, in un gruppo non giudicante e al contempo critico e capace di trattare l'ampiezza delle problematiche della vita.

La gruppalità che emerge in un gruppo fenomenologico è una gruppalità spontanea e libera, autentica, piena, caratterizzata da complessità e vita reale, che permette l'emergere da parte del terapeuta

anche di una maggiore area di intervento: infatti limitarsi ad un gruppo "tematico" come per alcuni momenti di incontro quali di Auto Mutuo Aiuto o centrato unicamente sul fenomeno oggetto del disturbo come per altri gruppi simil-Anonimi crea monotonia, suscita l'idea che il problema sia solo il sintomo maggiore e di dover provvedere solo alla sua remissione, temporanea o immediata che sia, alla ricerca della *guarigione* come esito teorico, focalizzando l'attenzione sulla *colpa della malattia* più che sul globalità dell'esperienza dolorosa e patologica e delle profonde interconnessioni tra le multiple dimensioni vitali.

Un partecipante ai nostri gruppi provenendo da una passata presenza a gruppi AMA-GAP, quindi non terapeutici per loro stessa costituzione, era inizialmente centrato solo sui giorni di astinenza, contandoli, senza giungere ad una motivazione intrinseca nè legata ad altri aspetti della propria personalità o delle dimensioni psicopatologiche quotidiane.

Nel gruppo i diversi modi di darsi al Mondo possono convivere e trovare al contempo l'unicità e la complicità dell'esistenza problematica, ovvero una dialettica tra l'identità anche declinata nella malattia e l'appartenenza parzialmente deresponsabilizzante dell'avere un problema comune ad altri.

Infine di seguito sono elencati alcuni concetti chiave da sottoporre a riflessione futura e sviluppare all'interno dell'equipe curante e con gli assistiti, elementi sempre mutuati dalla pratica clinica quotidiana sopra accennata nelle forme del metodo e qui esposte come puntuali riflessioni ulteriori.

- Novità e unicità della dipendenza senza sostanze nel panorama "classico": il soggetto sofferente deve uscire dall'idea di essere "inciampato" su un "non-problema" in quanto caratterizzato dalla perdita di denaro o ancora di un "vizio innocente", che deve pertanto preoccuparsi unicamente di una astensione graduale e completa dalle pratiche di gioco, perché soffre invece di una patologia da dipendenza correlata a sottili disturbi mentali, legata ad un *fare nel mondo* con delle ripercussioni enormi e dagli effetti anche a lungo termine capaci di creare ulteriori scompigli emotivi, cognitivi, progettuali, nella vita nella sua globalità.
- Multiple motivazioni per l'accesso alla dipendenza da parte dei soggetti: le motivazioni socio-culturali, storiche e individuali sono da comprendere nella loro complessità e compresenza al fine di indirizzare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria: si inizia ad esempio per caso, perché un amico o un conoscente ha vinto una grossa cifra, per noia quotidiana, per disperazione, perché suggestionato da spot che puntano su facilità di gioco e vincite, perché c'è un bisogno misconosciuto di adrenalina e unicità...

Nel processo di presa in carico anche il *banale* motivare a smettere nonostante le evidenze catastrofiche non è semplice. I pazienti dimenticano le perdite, attendono una prossima vincita, devono recuperare quanto già perduto.

- Trattamento a lungo termine: è una patologia complessa, dai risvolti sociali e sanitari innumerevoli e diversificati, ad oggi ancora sminuita socialmente e culturalmente nel suo essere realmente problematica e al contempo capace di portare alla rovina familiare oltre che individuale; è una condizione che mina la fiducia e la speranza come in una roulette russa in cui ogni giocata è inizialmente fiduciosa, ingenua, infantile, poi perduta per sempre nella ricorsività assolutistica.

Il gioco è legalizzato e in questo periodo storico a livello globale e con diverse modalità di essere esperito e sperimentato è continuamente alla portata con possibili ricadute sia istantanee che imprevedibili nel tempo;

- Lavoro clinico multiplo: è presente una volontà dissociata, aliena, la psicopatologia e la psicologia dei soggetti interessati sono fortemente compromesse e critiche, la famiglia si muove su direttrici ambivalenti di comprensione/distoglimento dello sguardo e esilio/colpevolizzazione assoluta, le dimensioni extra-familiari come quelle amicali e lavorative spessissimo sono compromesse con ripercussioni sulla qualità della vita e delle possibilità economiche gravissime.

- Lavoro sul contesto socio-ambientale sul doppio fronte comprensivo e preventivo: soprattutto i familiari che devono farsi carico del sostengono del loro caro in un difficile equilibrio tra cura e attenzione, tra supporto emotivo ed economico e vigilanza, tra consapevolezza di malattia e non stigmatizzazione, sono i primi su cui intervenire.

I familiari per fare ciò devono essere a loro volta accompagnati ed ascoltati.

Non è fuori luogo la presa in carico individuale anche del congiunto per situazioni più delicate: non è fuori luogo ad esempio, ed è spesso proposto, il seguimiento individuale del dipendente patologico, provvedere a dare assistenza in diverse declinazioni al partner o familiare da parte di un collega dello stesso servizio, provvedere a regolari incontri di coppia di sostegno e valutazione nella loro complessità, con la contemporanea presenza infine di entrambi alle terapie di gruppo bi-settimanali, con ovvio bisogno nei servizi del suddetto personale necessario.

- Lavoro sulla dimensione sia simbolica che concreta del denaro, di cui è stato perso il senso e l'uso.
- Assunzione di forte responsabilità e coscienza di malattia senza stigmatizzazione con e del sofferente, contemporaneamente consapevoli della parziale deresponsabilizzazione di questi per i fenomeni ad esempio mediatici in cui è immerso e del periodo storico-economico in cui si è nostro malgrado immersi, di crisi decennale e mancanza di lavoro.

Questo lavoro che qui è stato proposto deriva prima di tutto dalla pratica clinica reale e quotidiana del sottoscritto e dalle riflessioni che il metodo fenomenologico nel suo interrogarsi sull'uomo con gli strumenti delle scienze umane ha permesso di strutturare e osservare è consapevolmente solo un accenno, un assaggio delle implicazioni etiopatogenetiche, delle ricadute cliniche, delle interconnessioni tra le diverse dimensioni individuali, sociali e ambientali, delle contemporanee possibilità di comprensione al fine del trattamento e cura, sia nel senso di avere-cura che di portare-cura dell'altro sofferente.

Molto ci sarebbe stato ancora su cui riflettere e questo lavoro è nella sua costituzione solo un inizio che vuole proporre idee e buone prassi da valutare nella comunità scientifica e sperimentare al fine di fronteggiare un fenomeno nuovo ma al contempo già caratterizzato da acuzie e cronicità, da drammi e complessità enormi.

Note

1. Heidegger Martin, *Essere e tempo*, Longanesi, 1971.
2. Come esposto ad esempio nella teoria dell'etichettamento e integrazionismo simbolico. Vedasi come esempio le opere di Goffman Ervin.
3. In realtà i giochi d'azzardo siano caratterizzati da regole in cui "il banco vince sempre", come una minima conoscenza del calcolo delle probabilità e delle teorie dei giochi possono insegnare.
4. Come esposto da Conrad Klaus, *La schizofrenia incipiente. Un saggio di analisi gestaltica del delirio*, Giovanni Fioriti Editore, 2013.
5. Kimura Bin, *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, Giovanni Fioriti Editore, 2005.
6. Husserl Edmund, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, 2008.
7. Jaspers Karl, *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, 1950.
8. Nel testo *Il gioco senza sorriso. Viaggio nella dipendenza da gioco d'azzardo*, Edizioni Melagrana, 2017, curato da Malinconico, sono riportate ulteriori riflessioni in merito a queste esperienze cliniche e sanitarie calate nella dimensione delle dipendenze comportamentali e sperimentate nel servizio menzionato.
9. Ma non solo infatti, perché si potrebbe immaginare la ricchezza derivante dai sociologi, per non parlare di figure esterne quali filosofi, poeti, letterati, logici matematici e così via, come teorizzato anche da Sergio Piro ad esempio, ma presupponiamo qui per sintesi che siano competenze inserite nei percorsi culturali e formativi degli operatori in campo.
10. Per una analisi più approfondita vedasi il testo citato alla nota 9 *Il gioco senza sorriso* dove nel Cap. 4 "Di Gruppi e di conduzioni" viene trattato dal sottoscritto più accuratamente la dimensione delle terapie di gruppo nel loro darsi esperienziale e terapeutico.



ALCOVER®

sodio oxibato

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

CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - NRNL



Lettera ai soci e operatori tutti

Cari soci, cari amici

Il 2018 è stato un anno positivo per la nostra Federazione, abbiamo realizzato eventi di formazione e congressi con la partecipazione di migliaia di operatori.

Continuiamo ad essere un punto di riferimento per gli operatori e per le istituzioni, sia nazionali che regionali.

FeDerSeD aderisce alla FISM, la Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane e ha collaborazioni con la Società Italiana di Psichiatria e con Sinpia, la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, con la Magistratura di Sorveglianza, con la SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Iniziamo l'anno con molta incertezza e precarie condizioni economiche del Paese a cui si aggiungono gli immutati elementi di grave precarietà per l'aumento della età media e la carenza di personale nella sanità e nei nostri Servizi per le Dipendenze, per la carenza di budget per le Comunità Terapeutiche e per la impossibile applicazione dei LEA.

Tutto questo accade in un periodo di grandi passi avanti delle scienze mediche e sociali e di importanti ricadute sui risultati delle terapie, anche nel nostro lavoro.

Ci sono molte ricerche di importanza fondamentale che vengono presentate alla comunità scientifica internazionale e diversi nuovi farmaci stanno per diventare disponibili nel nostro armamentario terapeutico.

Il Comitato Scientifico di FeDerSerD ha lavorato molto per meglio definire il programma degli eventi da realizzare nella prima metà del 2019.

In ottobre 2019 ci sarà il nostro Congresso Nazionale che terremo a Milano al quale abbiamo pensato di dare un titolo sintetico e nello stesso tempo molto impegnativo: "La clinica delle dipendenze".

Il mio augurio e il mio invito è che anche in questo anno daremo ancora più energia alla nostra Federazione, tutti insieme; e renderemo la nostra presenza a fianco degli operatori e delle istituzioni, per migliorare la qualità dei risultati per i nostri pazienti, ancora più significativa.

Pietro Fausto D'Egidio - Presidente Nazionale FeDerSerD
Pescara/Milano, 21 gennaio 2019



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)
Roberta Balestra (vicepresidente)
Guido Faillace (segretario esecutivo)
Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)
Giancarlo Ardissoni, Luigi Bartoletti,
Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
Francesco De Matteis, Massimo Diana,
Donato Donnoli, Giuseppe Faro,
Paola Fasciani, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,
Debora Lageder, Fernanda Magnelli,
Antonella Manfredi, Nicola Marrollo,
Felice Nava, Marco Riglietta, Gianna Sacchini,
Giorgio Serio, Paola Trotta, Concettina Varango,
Franco Zuin, Margherita Taddeo

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Massimo Diana e Marco Riglietta (vicedirettori)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2019 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2019

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2019

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

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____