

**Editoriale**  
Verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio.  
Guido Faillace rieletto presidente nazionale di FeDerSerD  
Alfio Lucchini 1

**SAGGI, STUDI E RICERCHE**

Un percorso di integrazione tra strutture ospedaliere e servizi territoriali  
Concettina Varango, Lorenzo Cerutti, Manuela Gavina 9

Il Ser.D. come Point of Care per infezione da HCV: è possibile  
Liliana Praticò, Roberta Marenzi, Nicola Ghidelli, Andrea Corbetta, Marta Vaiarini, Franca Colombi, Michela Franzin, Stefano Fagioli, Paolo Donadoni, Marco Riglietta 12

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura  
Rosa Giannini, Gaia Cassese 39

Caratteristiche e percorsi in persone in carico al SerDP: l'uso dell'MMPI-2  
Alessandra Magnani, Gabriella Gallo, Elisa Gambetti 44

**SALUTE E SOCIETÀ**

Il diritto alla salute delle persone ristrette tra norme prassi e interventi a tutela  
Francesco Maisto 51

**LE RUBRICHE**

Contaminazioni  
Un nuovo caso Phineas Gage?  
Maurizio Fea 5

La Finestra  
Le cose sporche (II)  
Luca di Sanseverino 7

Poetry Corner  
Enzo Lamartora 8

**FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE**

Il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD 2022/2025 4

**FeDerSerD/DOCUMENTI**

Il senso di fallimento rispetto al suicidio nel carcere di Verona di Donatella Hodo. Una storia di dipendenza, droga e carcere in una Società silente.  
I Professionisti di FeDerSerD si interrogano 18

Nuovo Governo del Paese: fondamentale potenziare i Servizi delle Dipendenze.  
Una nota di FeDerSerD per la nuova Agenda della Politica 56

**FeDerSerD/FORMAZIONE E RICERCA**

A Bergamo il XII Congresso nazionale di FeDerSerD 43

**RECENSIONI** 6, 54

**NOTIZIE IN BREVE** 17

# Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL  
OF ADDICTION

Verso il futuro per i Servizi delle Dipendenze e per la medicina del territorio.

Guido Faillace rieletto presidente nazionale di FeDerSerD

L'XI Congresso nazionale di FeDerSerD ha raccolto la sfida verso il futuro mentre la sanità italiana sta cambiando.

Un necessario *continuum* tra società, scienza ed istituzioni per affrontare un fenomeno polimorfo e complesso.

Il sistema di intervento sulle Dipendenze in Italia opera ormai da decenni ed è regolato da norme risalenti agli anni novanta.

Cambiano i fenomeni di consumo e dipendenza, ogni giorno si affacciano al consumo, spesso giovanile, nuove sostanze dannose, e aumenta la preoccupazione delle famiglie e della società.

Trecentomila giovani e meno giovani ogni anno si rivolgono ai quasi seicento Servizi delle Dipendenze pubblici, i Ser.D., per affrontare percorsi di cura e risocializzazione.

Le relazioni presentate nel Congresso a Roma hanno ben illustrato percorsi e valore scientifico del nostro operare.

Dopo molti anni una significativa tavola rotonda ha affrontato "Le priorità per il sistema di intervento in un'ottica di sanità pubblica per il rilancio della medicina del territorio", con la presenza di tutti gli attori del sistema italiano, dalle società scientifiche del settore alle strutture di recupero con le maggiori Comunità terapeutiche, dall'ANCI - Federsanità alla FIASO, fino alle Regioni.

Concrete le parole del presidente nazionale Guido Faillace "In questo momento storico – scosso ancora sia dalla drammatica pandemia che

- **Case Report. Trattamento multifarmacologico e psico-educativo combinato in paziente con Disturbo da Uso di Alcol grave**  
Paolo Marzorati
- **Review sulla corretta determinazione laboratoristica dell'alcolemia e dei suoi marcatori biochimici**  
Susanna Melina, Santino Gratteri, Loris Rivalta
- **Stato nascente di un gruppo terapeutico per giovani in trattamento ambulatoriale per alcol: vignette cliniche di un evento inaugurale**  
Silvia Formentin, Mascia Ortolan, Alessia Grigolin, Serena Vicario, Giancarlo Zecchinato, Salvatore Lobello

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VIII, n. 34

# Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XVI, 2022 - N. 58

Fe Der Ser D

## Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

## Scientific Board

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

## Editorial Board

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

## Editorial Office

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

Proprietà: FeDerSerD

## Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 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/4.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano  
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 31/10/2022

ISSN 2037-4798

Seguici su:



[www.facebook.com/FeDerSerD/](http://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>



da una guerra che ci ferisce profondamente – il PNRR, in un'ottica di superamento del distacco tra ospedale e territorio, può offrire una opportunità di rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale, avviando una riprogettazione di sistema che ci auguriamo e ci impegniamo perché possa includere nel modo corretto ed auspicabile anche il sistema delle dipendenze".

E il Congresso ha fatto seguito a tre conferenze nazionali organizzate dalle istituzioni governative nel 2021, centrali per il settore: quella sulle dipendenze, attesa da 13 anni, quella sulle politiche in alcologia e quella della salute mentale: FeDerSerD è stata parte attiva e riconosciuta in tutti e tre gli eventi ed ora ha voluto ribadire i fattori fondamentali che devono essere concretizzati per il settore.

L'intervento di *Nora Volkow*, direttrice del NIDA, ha si aggiornato sulla grave situazione statunitense per la epidemia da overdose, non solo da oppiacei sintetici, con quasi 110.000 decessi nell'ultimo anno, ma ci ha ricordato come sia fondamentale mantenere e difendere qui in Italia il sistema multidisciplinare esistente, gratuito e universale.

E molte relazioni hanno dimostrato nella pratica clinica l'impegno dei Ser.D. per introdurre nuovi farmaci e formulazioni in un'ottica di maggiore accesso e personalizzazione nelle cure.

Temi affrontati sono stati le azioni per eradicare l'epatite C, la collocazione della alcologia nel sistema delle dipendenze e nel territorio, uno sguardo alle sfide anche della psichiatria rispetto alle droghe psichedeliche, con analisi dei cambiamenti in atto.

Durante il Congresso è stato presentato un importante percorso di riorganizzazione e sviluppo della offerta formativa: nasce la *scuola superiore di formazione "Rita Levi Montalcini"* di FeDerSerD, intitolata al premio Nobel che fu presidente onorario della società scientifica.

*"All'interno del nostro piano formativo un corso specifico è dedicato alla formazione di professionisti under 40 perché vogliamo che i giovani si innamorino della nostra disciplina, per aumentare la capacità di assistere i giovani e meno giovani con problemi di dipendenza o di consumi dannosi"* ha ribadito il presidente Faillace.

Insomma siamo pronti per un futuro di sviluppo nel segno della scientificità degli interventi e della equità delle azioni del sistema di intervento.

A conclusione dello spoglio delle schede (circa mille gli iscritti aventi diritto al voto), nella mattinata del 30 settembre 2022, le elezioni hanno visto **Guido Faillace**, direttore Ser.D. a Trapani, riletto presidente con unanimità dei voti espressi, con vicepresidente **Roberta Balestra**, direttore del Dipartimento delle Dipendenze di Trieste, segretario esecutivo **Concettina Varango**, direttore Ser.D. a Lodi e direttore del comitato scientifico **Felice Nava**, direttore del Servizio di sanità penitenziaria e area dipendenze a Padova.

Nei nuovi organi dirigenti nazionali eletti spicca la maggioranza femminile, in linea con la prevalenza di professioniste nel sistema dei Servizi italiani delle Dipendenze.

Tutte le professioni presenti nei Servizi sono rappresentate nel nuovo Consiglio direttivo e Comitato scientifico.

*Il Congresso ha voluto ribadire i punti fondamentali perseguiti dalla Federazione scientifica per la cui realizzazione richiama le istituzioni ad un grande impegno:*

- incrementare di almeno il 35% le risorse di personale di tutte le professionalità e adeguare le strutture dei Ser.D.;
- integrare il ruolo operativo dei Servizi delle Dipendenze nella nuova sanità territoriale;
- confermare il Dipartimento delle Dipendenze come la scelta organizzativa più coerente per governare la complessità dell'offerta territoriale;



**MOLTENI**  
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA  
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI  
SORPRENDERE  
ANCORA.**

- istituire la disciplina di «clinica delle dipendenze» nell'ambito della normativa delle discipline ministeriali e promuovere la realizzazione di una specialità universitaria in «clinica delle dipendenze»;
- riconoscere alle strutture del privato sociale un ruolo significativo nel sistema di intervento territoriale integrato;
- potenziare gli interventi, i programmi, le politiche di riduzione del danno e riconoscerli come patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze.

(Alfio Lucchini)



## FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

# Il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale di FeDerSerD 2022/2025

Guido Faillace  
 Roberta Balestra  
 Concettina Varango  
 Felice Nava  
 Giulia Audino  
 Liborio Cammarata  
 Edoardo Cozzolino  
 Maria Luisa Grech  
 Antonella Manfredi  
 Lilia Nuzzolo  
 Margherita Taddeo  
 Alessandro Coacci  
 Fausto D'Egidio  
 Alfio Lucchini  
 Vincenzo Lamartora

eletto, presidente, Sicilia  
 eletta, vicepresidente, Friuli Venezia Giulia  
 eletta, segretario esecutivo, Lombardia  
 eletto, direttore comitato scientifico, Veneto  
 eletta, esecutivo nazionale, Calabria  
 eletto, esecutivo nazionale, Piemonte  
 eletto, esecutivo nazionale, Lombardia  
 eletta, esecutivo nazionale, Emilia Romagna  
 eletta, esecutivo nazionale, Toscana  
 eletta, esecutivo nazionale, Campania  
 eletta, esecutivo nazionale, Puglia  
 di diritto, past president, Toscana  
 di diritto, past president, Abruzzo  
 di diritto, past president, Lombardia  
 di diritto per il mandato, vicedir. comitato scientifico, Campania  
 di diritto per il mandato, vicedir. comitato scientifico, Lombardia

Marco Riglietta  
 Giovanni Galimberti  
 Liliana Schifano

designato regionale, Lombardia  
 designato regionale, Lombardia

Rosalba Cicalò  
 Angelo Solinas  
 Giorgio Serio  
 Vincenza Ariano  
 Giorgio Pannelli  
 Daniele Pini

da regolam., presidente regionale, Sardegna  
 designato regionale, Sardegna  
 designato regionale, Sicilia  
 da regolam., presidente regionale, Puglia  
 designato regionale Marche  
 da regolam., presidente interreg., Piemonte/Valle d'Aosta  
 da regolam., presidente regionale, Toscana  
 da regolam., presidente interreg. Abruzzo, Marche e Molise  
 designato regionale, Umbria  
 designato regionale, Campania  
 da regolam., presidente regionale, Trentino/Alto Adige  
 designato regionale, Veneto  
 designato regionale, Calabria  
 designato regionale, Emilia Romagna  
 designato regionale, Friuli Venezia Giulia

Paola Trotta  
 Stefano Burattini

Mara Giloni  
 Maurizio D'Orsi  
 Bettina Meraner  
 Francesco Sanavio  
 Roberto Calabria  
 Meri Bassini  
 Andrea Monculli

*In attesa di designazione regionale Liguria, Basilicata, Lazio nonché di un secondo designato per Campania e Sicilia.*

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Un nuovo caso Phineas Gage?

*Phineas Gage*, operaio statunitense addetto alla costruzione di ferrovie, noto per un incidente capitatogli nel 1848 perché sopravvisse alla ferita infertagli da un'asta di metallo che gli trapassò il cranio.

*Antonio Damasio* nel suo *L'errore di Cartesio*<sup>1</sup> ne racconta la storia e le ragioni che hanno reso importante questo drammatico episodio per le cruciali informazioni che hanno indicato ai neurologi la via per comprendere le caratteristiche dei lobi prefrontali del cervello e le funzioni ad essi associate.

Grazie a questo infortunio ed al clamore suscitato a metà dell'ottocento non solo tra i curiosi ma nella comunità scientifica americana di allora, in particolare dal dott. *John Harlow* che ne documentò l'evoluzione clinica e comportamentale, ha preso avvio lo studio e la conoscenza dei meccanismi cerebrali che guidano il comportamento cognitivo-emotivo ed i processi di volizione e scelta delle decisioni.

Tali processi sono uno dei fattori che intervengono nell'instaurarsi di forme di dipendenza da uso di sostanze ad effetto psicotropo e condizionarne l'evoluzione nel tempo.

Recentemente è stata messa in dubbio la ricostruzione del cambiamento di personalità avvenuta in *Phineas* a seguito dell'incidente<sup>2</sup>, tuttavia non c'è dubbio che questo evento, come altri eventi dannosi a carico del cervello (commissurotomie e ablazioni parziali di aree cerebrali, lesioni ischemiche) abbiano contribuito in modo rilevante alla comprensione di dettagli funzionali del cervello umano.

Recentemente (giugno 2022) è stata pubblicata una ricerca<sup>3</sup> di neurologi finlandesi e americani tra cui *Nora Volkow*, che ha indagato le lesioni cerebrali che hanno portato alla remissione della dipendenza dal fumo confrontate con le lesioni cerebrali in pazienti che non erano in grado di smettere di fumare, in due coorti indipendenti.

Le connessioni cerebrali interrotte da queste lesioni sono state identificate attraverso l'uso di un connettoma cerebrale umano. Sebbene le lesioni si siano verificate in diverse posizioni del cervello, sono state mappate su un circuito cerebrale umano comune che include regioni precedentemente collegate alla neurobiologia della dipendenza, come l'insula e la corteccia paracingolata, che hanno mostrato una connettività positiva e la corteccia prefrontale mediale, che mostrava una connettività negativa.

La connettività positiva si riferisce a regioni con cambiamenti paralleli nell'attività cerebrale; la connettività negativa si riferisce a regioni con cambiamenti casuali ma opposti.

Questo circuito appariva comunemente coinvolto in altre dipendenze da sostanze come alcol, indicativo di un substrato neurale condiviso tra i disturbi della dipendenza.

Lo studio identifica un circuito cerebrale umano causalmente collegato alla remissione della dipendenza.

Questo circuito può essere comune a diversi disturbi da abuso di sostanze e fornisce un obiettivo terapeutico testabile per il trattamento della dipendenza nei pazienti.

Questo circuito potrebbe potenzialmente essere preso di mira direttamente da interventi di neuromodulazione o stimolazione cerebrale.

Potrebbe anche aiutare a guidare la ricerca di agenti farmacologici che modulano selettivamente questo circuito.

Gli autori sottolineano la necessità di una validazione prospettica dei risultati, così come di studi clinici che verifichino se la neuromodulazione mirata a questo circuito fornisce benefici clinici, affinché possano essere generalizzati a tutte le sostanze d'abuso o alle dipendenze comportamentali. In attesa quindi di conferme che potrebbero essere promettenti per l'individuazione di misure terapeutiche efficaci per la cura delle dipendenze, possiamo intanto argomentare sulle conseguenze epistemiche di tale ipotesi.

Si dice "apprendere dagli errori" in genere quelli propri ma anche altrui come nel nostro caso, ovvero considerando "errore" la causa che ha prodotto un danno cerebrale nei soggetti della indagine, danno che ha permesso di identificare un circuito cerebrale causalmente collegato alla remissione della dipendenza. Dunque non solo ci sono circuiti che se opportunamente attivati possono indurre lo sviluppo di dipendenza da sostanze e forse anche da comportamenti, ma ci sarebbero anche circuiti che possono produrre l'estinzione o la remissione della dipendenza. Conosciamo da tempo, anche se non gli è stata data tutta l'attenzione necessaria, il fenomeno della remissione spontanea che riguarderebbe almeno il 30% dei soggetti che sono stati addicted per qualche sostanza, fenomeno rilevante sino ad ora soprattutto per le implicazioni epidemiologiche e talora anche per mettere in dubbio l'efficacia di alcune terapie o presunte tali.

Non sappiamo ovviamente se il circuito individuato come responsabile della estinzione della dipendenza da nicotina, sia stato in qualche modo attivato in tutti quei casi di remissione spontanea documentati in letteratura, né ci aiuta la definizione di remissione che presenta molti elementi di incertezza che andrebbero chiariti, sebbene sia considerata categoria diagnostica. Il tema della remissione "spontanea o meno che sia" dopo le osservazioni proposte dai ricercatori, sembrerebbe molto meno casuale di quanto sino ad ora ipotizzato, in linea con una visione del cervello come un wafer di circuiti stampati che possono essere accesi o spenti da circostanze ancora in gran parte da chiarire. Se è vero che l'innescò di una addiction non può prescindere dall'uso di qualche sostanza o dalla adozione di comportamenti che al pari delle sostanze attivano quei circuiti dopaminergici noti per essere la base neurologica della compulsione, la remissione non terapeutica (per non usare il termine "spontanea" che rimane tutt'ora ambiguo) da che cosa può essere innescata? Dalla cessazione dell'uso, dall'esaurimento delle risposte fisiologiche, da un atto di volizione?

Per molti ad esempio, smettere di fumare appare una meta irraggiungibile o sperimentabile con ripetuti fallimenti, mentre per altri appare più semplice.

Dunque cosa potrebbe innescare il circuito individuato dai ricercatori oltre ad una possibile attività esogena (modulazione dei circuiti con farmaci o stimolazioni magnetiche) e quindi le remissioni spontanee come funzionano?

Il fascino delle spiegazioni dei comportamenti sulla base di circuiti che si accendono e si spengono è potente e seducente, ma forse troppo semplice pur nella enorme complessità bioelettochimica che le giustifica.

Sappiamo che il nostro cervello sa e quando già non sa, può imparare, ad attivare determinati circuiti o lasciarli silenti, ma questo wafer multistrato non si governa da solo e i processi decisionali non sembrano essere indifferenti alle condizioni ambientali entro cui prendono forma, come il fatto di aver avuto un ictus o un altro tipo di lesione.

Dunque accertato che esistano i circuiti, rimane sempre la domanda su chi e perché li accende o li spegne e non può essere

il semplice rimando ad un altro circuito a risolvere il dilemma. Tuttavia questo ambito di ricerche appare promettente anche riguardo alle applicazioni della realtà virtuale per decondizionare gli apprendimenti e le associazioni disturbanti e problematiche, che nell'ambito delle dipendenze non ha avuto per il momento ricadute di nota, come invece in altri campi della medicina, soprattutto quella riabilitativa, branca entro la quale dovrebbero situarsi almeno in parte anche le addiction.

## Note

1. Damasio A.R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
2. Attivissimo P. (2019). Il vero Phineas Gage. *Le Scienze*, luglio.
3. Joutsa J. *et al.* (2022). A human brain circuit for addiction remission. *Nat Med*, 28: 1137-1138. Doi: 10.1038/s41591-022-01864-6.

## RECENSIONE



Alfio Lucchini

### 2021 LA NORMALITÀ POSSIBILE. UN DIARIO TRA PRIVATO E VITA ASSOCIATIVA

Editore: Cerco Edizioni, Milano, 2022  
(info@centrostudicerco.org)

La forma del Diario mi ha sempre affascinato. Ha il vantaggio di rendere attuali i fatti e permettere di cogliere le emozioni, oltre a conservare la memoria. Realizzare un Diario richiede tempo per la elaborazione, la scrittura e le revisioni. Non è stato agevole scegliere quali eventi, notizie, episodi selezionare e raccontare. Mi sono attenuto in parte alla cronaca per i fatti salienti, ma soprattutto alla vita professionale e associativa nel mio ambito di sempre, le Dipendenze. Ho riportato un intero anno di attività formativa, scientifica e associativa di FeDerSerD, la società scientifica che assorbe da sempre i miei interessi. Sono riportati tutti gli eventi che FeDerSerD ha curato e i principali momenti istituzionali di cui è stata parte. Il 2021 è stato l'anno della VI Conferenza nazionale sulle politiche sulle droghe e del X Congresso nazionale di FeDerSerD, oltre che di una ricca attività formativa di grande successo scientifico e partecipativo. Non mancano riflessioni sulle mie letture e suggestioni attualizzate ai tempi che viviamo. Inoltre mi sono soffermato su commenti ad eventi ed iniziative a cui ho partecipato e su accenni e curiosità della vita quotidiana in un anno ancora delicato e tragico per la pandemia da Covid-19

sempre attiva. Scrive nella prefazione Giuseppe Lumia "Alfio, con il suo diario vissuto durante la tragedia del Covid, non ha perso la bussola, ha tracciato rotte e indicato nuovi cammini. È un libro da leggere, perché è un compito a cui nessuno può sottrarsi, per attraversare e traguardare positivamente il periodo storico che stiamo drammaticamente vivendo".

*Alfio Lucchini* vive a Bergamo, è medico psichiatra, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta. Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana. Già primario Ser.D. e direttore del Dipartimento gestionale di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana, Milano. Past president nazionale e ora componente dell'Ufficio di Presidenza di FeDerSerD. Dal 2000 professore a contratto prima alla facoltà di Medicina della Università di Pavia, in seguito alla facoltà di Sociologia della Università di Milano Bicocca e negli ultimi anni in "Clinica e analisi dei fenomeni di consumo e dipendenza" alla facoltà di Psicologia della Università Cattolica di Milano. È membro del comitato di indirizzo e coordinamento area dipendenze e del comitato salute mentale e dipendenze della Regione Lombardia. Direttore editoriale della collana "Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso" della Casa Editrice Franco Angeli di Milano, giunta a 95 volumi. Editor in Chief di "Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction", giunto al numero 57. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e di 39 volumi editi a stampa, tra cui recentemente: *Riparlamo di Alcol* (2019), *Sviluppo e innovazioni nell'utilizzo della matrice cheratinica nei Servizi delle Dipendenze in Italia* (2021), *Volevamo l'Indipendenza, Quarant'anni di intervento nei Servizi pubblici delle Dipendenze italiani* (2021)

Il volume è stato presentato a Roma di fronte ad un vasto pubblico, a latere dell'XI congresso nazionale di FeDerSerD. Oltre all'autore è intervenuto l'on. *Giuseppe Lumia*.

La serata ha visto la moderazione del giornalista *Luciano Fassari del Quotidiano Sanità on line*.



## La Finestra

*Luca di Sanseverino*

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

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

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

### Le cose sporche (II)

Era evidente che fra persone sposate o fidanzate o comunque fra coppie di innamorati avvenivano "cose sporche". Dal bacio con la lingua fino alle cose "terribili" i cui regni sono la camera da letto, i cespugli, le case o le auto abbandonate.

Ma come fa un bambino a far capire a una bambina che la vuole tenere per mano, abbracciarla, baciarla nel buio senza che ciò rappresenti una cosa sporca?

Avevo notato già verso i sei anni l'esistenza di ragazzini molto abili a parlare, a farsi ascoltare dalle ragazzine, a scherzare con loro, ad abbracciarle furtivamente.

Farsi ascoltare, scherzare, cercare un pur lieve contatto fisico: questi dovevano essere i comportamenti per passare dall'insapore mondo delle cose pulite al misterioso mondo delle cose sporche.

Osservai, che già in età infantile, vi erano maschi che sapevano spontaneamente percorrere il cammino fra questi due mondi: indovinavano i momenti giusti per un piccolo bacio, i momenti di malinconia nei quali le ragazzine erano più propense a farsi abbracciare o accarezzare.

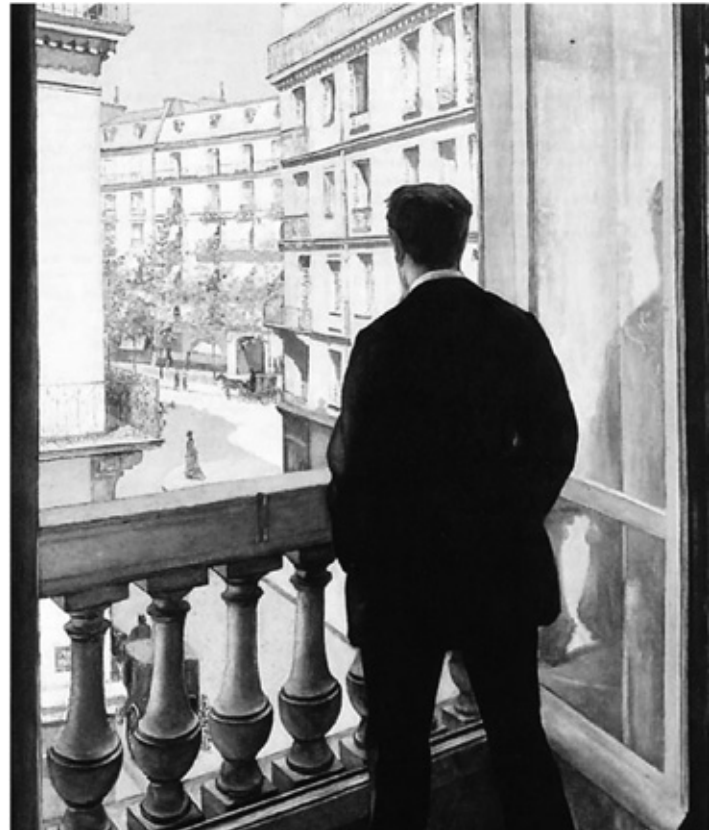
Una cosa che mi turbò, segnando il mio rapporto col mondo femminile, è che quasi tutti i ragazzini che avevano successo con l'altro sesso erano più prepotenti, più violenti degli altri e riuscivano anche a parlare e scherzare di cose oscene in pubblico.

Ancora maggiore fu la mia meraviglia nel constatare che non poche ragazzine ridevano maliziosamente o sguaiatamente al turpiloquio, che non disprezzavano la violenza e la sopraffazione dei bulli verso i ragazzini miti ed educati.

"Mai", pensai, avrò rapporto con ragazzacce del genere.

La mia "bambina" amerà solo i ragazzini come me, ripudiando i giovinastri.

Il quadro della situazione dei rapporti sociali, sentimentali e sociali che percepivo era certamente eccessivo, ma alcuni elementi negativi erano veri, e questi elementi (e la loro sopravvalutazione) ha reso notevolmente ardua la ricerca della "mia ragazzina", di quella che avrebbe apprezzato solo me e quelli come me.



A complicare le cose c'è il fatto, apparentemente curioso, che alcune "ragazzine cattive" esercitavano un'oscura attrazione su di me, sulla mia sia pur debole "parte cattiva".

Un'attrazione che trovava sede nella profondità e nell'audacia degli sguardi, nella bocca, nella lingua, negli organi appartenenti alla regione più misteriosa del corpo.

Dopo anni di innamoramenti di ragazze inadeguate, di rifiuti, di insuccessi, trovai anch'io la mia bambina, insieme alla quale ho capito che il mondo delle cose sporche non è poi sempre così sporco, e che il mondo delle cose pulite è talvolta solo il palcoscenico di una commedia degli inganni.

Se si vuole analizzare razionalmente questi mondi, tutto comunque appare terribilmente complicato e la ragione non basta e, forse, non sempre serve (se non agli psicologi).

C'è un episodio della mia infanzia (avevo una decina d'anni) che ricordo con umiliazione e rabbia, nonostante la sua apparente insignificanza.

Era d'estate e passeggiavo da solo sotto una lunga fila di palafitte che sorreggevano cabine balneari colorate.

Mentre camminavo, un urlo sgarbato e violento mi fermò: "Cosa cerchi qui? Vattene!".

Dal folto delle palafitte spuntò uno dei miei cugini con un'amichetta.

Sorpreso e confuso dall'asprezza del tono, non seppi replicare e risposi con una frase a caso. (Del resto io mi trovavo in quell'anfratto solo per caso).

Il cugino fece beffardamente il verso alla mia voce e mi cacciò. In quella difesa tribale del territorio, del nascondiglio sessuale, sperimentai (e ancora ne serbo memoria) gli aspetti volgari e oscuri del mondo erotico, di un liquido melmoso che avvolge la nostra anima fino all'ultimo respiro.

## Poetry Corner

*Enzo Lamartora*

NON CACCIATRICE RACCOGLITRICE SEI  
Foglie pigne erbe fiori  
Bacche funghi da ogni passeggiata porti a casa

Ti arrampichi sugli alberi strisci tra gli sterpi  
Carponi nelle fratte non riesci più a star  
Dritta curva e rigida dal gran piegarti

Stacchi e cogli e spezzi e strappi  
Tagli con coltello e forbici  
Ammucchi nel vestito sollevato a grembiule

O nella coppa di una foglia  
Di lattuga... Talvolta vai nel bosco  
Con un sacco grande della spesa

Il naso alto a fiutare gli occhi  
Rotanti da ogni parte le orecchie  
Frementi aguzze mentre lo annusi lo vedi lo senti

Crescere sprofondato nel tappeto  
Di muschio ed aghi sotto un profondere di foglie  
In viluppo di viticci tra erbe e felci

Silenziosa stai tutta naso occhi orecchie  
Non un colpo di tosse ti permetti  
Né un sussurro col tuo sesto senso indaghi

Dove davvero qualcosa cresce il cantarello  
Le fragole lamponi e more  
La genziana la pimpinella il colchico...

Non c'è confronto siamo all'acme  
Con un mazzo di fiori appena  
Colti con una borsa rigonfia di funghi

O di frutti tornare a casa  
Il raccolto in vasi coppe  
Ciotole sistemare Che godimento!

Che cosa può la mia per giunta solo  
Libresca piccola "Ars Amandi" contro  
Tre chili di porcini?  
Gratis!

DA PAZZI STARE ATTACCATI L'UNO ALL'ALTRA COSÌ !  
Non è nulla per voi invecchiare...  
È semplicemente ciò che è: lavoro duro  
Stecche preventive ricomporre  
Fratture col cemento diete diottrie...

Così triste come sempre vado dicendo  
La mia infanzia non è stata... Raison d'écrire?  
Tant pis! Pago anche per questo  
Con la moneta sonante del disgusto  
Per la droga del querelarsi piangere  
Senza dolore... ma solo fintanto  
Che sciolta la lingua non ricomincia a prudermi...

Molto ho imparato e a lungo ma piangere no  
Anche quelli come me fino all'ultima ripresa resistono  
Sul ring dei rapporti umani  
Attraverso il know-how delle reazioni rapide:  
Schivare al momento giusto una manciata  
Di prese a rovescio di finte preparate allo specchio...

I bambini che di proposito ci evitano  
Come le loro tasche ci conoscono Nel sonno  
Ritroverebbero la strada fino a noi pugili-ombra  
D'olio spalmati lottatori in un lungo corpo a corpo con se stessi...  
Eppure non vale la pena... Il congenito una volta  
Afferrato appreso non può più essere disimparato  
Come il nuotare...

Leggi:  
"La cécité est un mal moins terrible que  
L'absence de larmes"



📄 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

# Un percorso di integrazione tra strutture ospedaliere e servizi territoriali

Concettina Varango\*, Lorenzo Cerutti\*\*, Manuela Gavina\*\*\*

## SUMMARY

■ *The forty years of work in the Ser.D. have taught us to grasp changes, often beyond laws and resources, proposing the correct organizational evolutions.*

*The evolution of consumption and states of dependence, the new consumption of young people, the challenges to the limit of risks, the addictive behaviors such as chemic sex recall the need for new reading paradigms, a new clinic and new operational tools.*

*A collaboration between the SMEL Clinical Chemical Analysis and Microbiology Laboratory of the Lodi Hospital and the Ser.D. has begun a few months ago, aimed at introducing a new protocol for the research of substances of abuse on the keratin matrix in drug addiction monitoring.*

*Furthermore, with this type of analysis, the laboratory can provide its Ser.D. with a more effective analysis tool in monitoring patients.*

*The high specificity of the test is able to determine greater diagnostic reliability with a consequent improvement in the specificity of treatment.* ■

**Keywords:** Keratin Matrix, Hospitable laboratory, Monitoring.

**Parole chiave:** Matrice cheratinica, Laboratorio ospedaliero, Monitoraggio.

*Articolo sottomesso: 15/09/2022, accettato: 30/09/2022, pubblicato online: 22/11/2022*

## Introduzione

Nell'ultimo decennio l'attività dei Servizi per le Dipendenze si è sempre più differenziata diventando più complessa e variegata sia per quanto riguarda la clinica che la diagnosi tossicologica.

L'attività clinica ha necessariamente avuto bisogno di avvalersi di svariate attività di supporto alla valutazione multidisciplinare integrata sia in rapporto alla valutazione del singolo utente/utilizzatore, sia in rapporto alla valutazione della patologia da disturbo da uso di sostanze all'interno di un processo che coinvolge più Servizi in un percorso valutativo di integrazione sociosanitaria tra strutture ospedaliere e servizi territoriali.

\* Direttore U.S.C. Servizio Dipendenze dell'ASST di Lodi.

\*\* Direttore U.S.C. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia dell'AA-ASST di Lodi.

\*\*\* Dirigente biologa U.S.C. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia dell'AA-ASST di Lodi.

## Il contesto in cui operano i Ser.D.

Nei 580 servizi delle dipendenze pubblici territoriali e nelle 1.200 strutture del sistema di intervento, si curano circa 300.000 persone l'anno, giovani e anziani, affetti da patologie da dipendenze, principalmente eroina, cocaina, alcol, tabacco, cannabinoidi, psicofarmaci, e da gioco d'azzardo patologico (GAP).

I quaranta anni di lavoro nei Ser.D. ci hanno insegnato a cogliere i cambiamenti, spesso al di là di leggi e risorse, proponendo le corrette evoluzioni organizzative.

L'evoluzione dei consumi e degli stati di dipendenza, i nuovi consumi giovanili, le sfide al limite dei rischi, i comportamenti di addiction come il chemic sex richiamano la necessità di nuovi paradigmi di lettura, di una nuova clinica e di nuovi strumenti operativi.

L'utilizzo di Nuove Sostanze Psicoattive rappresenta un fenomeno emergente nel panorama dei consumi di sostanze.

Dal Drug Report 2019 pubblicato dall'osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, emerge che alla fine del 2018 l'osservatorio monitorava più di 730 nuove sostanze di cui 55 individuate per la prima volta nel 2018.

Relativamente ai sequestri il 51% appartiene ai cannabinoidi sintetici, il 24% ai catinoni, il 18% ad altre sostanze, 5% benzodiazepine e il 2% oppioidi sintetici.

Chi si tuffa nella Rete non cerca solo pillole dell'amore e ormoni per pompare i muscoli, ma anche farmaci comuni che possono dare dipendenza, «come ansiolitici, antidepressivi, alcuni ormoni e farmaci contro le sindromi neurologiche».

Poi, a dettare i trend ci sono le nuove mode dei giovanissimi, che sempre più spesso giocano al «piccolo chimico» mescolando ogni genere di sostanza, magari davanti a un tutorial su YouTube.

Un tempo si diceva che l'aspirina mescolata alla Coca Cola potesse avere chissà quali effetti, ma era solo una leggenda metropolitana.

Oggi, invece, i ragazzi fanno sperimentazioni di ogni tipo, mescolando farmaci, alcol e altre sostanze in base a quello che leggono sul web e sui social, con gravissimi pericoli.

Nell'immediato si rischia l'avvelenamento, con gravi ripercussioni su organi vitali come fegato, cuore, reni e cervello.

Oltre al rianimatore, però, spesso deve intervenire anche il tossicologo e lo psichiatra, per aiutare il giovane a ritrovare un equilibrio mentale: un percorso non facile, che richiede cure impegnative per tempi lunghi.

Il fatto è che questi episodi di intossicazione rappresentano dei colpi violentissimi per il fisico e la psiche ancora in formazione dei giovani».

Credere che l'abuso dei farmaci sia solo una cosa da ragazzini, però, è sbagliato. «Interessa anche gli adulti, sempre alla ricerca della "pozione magica" che li aiuti a sentirsi più potenti, efficienti, prestanti».

È arrivato il momento di alzare la guardia e riorganizzare il Sistema sanitario nazionale per affrontare questo fenomeno, coinvolgendo non solo gli esperti di tossicodipendenze, ma anche i medici di famiglia e quelli ospedalieri.

Sempre più importante riveste il ruolo del laboratorio ospedaliero in collaborazione con lo specialista tossicologo dei Ser.D.

Si potrebbe cominciare ad esempio attrezzando le strutture di pronto soccorso con nuovi test, che permettano di riconoscere diversi tipi di sostanze tossiche potenzialmente presenti nei pazienti, e non solo in quelli che manifestano i segni dell'intossicazione da overdose: oggi sono pochissime le sostanze che i laboratori sanno individuare, mentre il mondo là fuori è diventato estremamente più complesso.

Anche i Ser.D. devono sempre più mettersi al passo eseguendo diversi tipi di accertamenti tossicologici:

- accertamenti tossicologici a valenza clinica (valutazione decorso programma terapeutico) su matrice urinaria e occasionalmente su matrice cheratinica;
- accertamenti a valenza medico-legale;
- accertamenti e relativo certificato su richiesta dell'interessato: adozioni internazionali;
- certificazioni di non utilizzo attuale di sostanze e di abuso alcolico.

L'analisi tossicologica su matrice cheratinica, è una metodica che permette di individuare l'uso pregresso di sostanze e di ricostruire una storia tossicomane.

È dal 1979 che il suo utilizzo in quest'ambito è noto e, rispetto all'analisi su urine e su sangue, permette di estendere notevolmente la finestra di rilevazione. A differenza dei test tradizionali, consente di risalire all'uso a distanza di mesi.

Il ricorso alla valutazione tossicologica mediante matrice cheratinica favorisce una maggiore definizione degli analiti ricercabili attraverso altri substrati biologici ed inoltre, potendo utilizzare un substrato di diversa lunghezza (ogni centimetro di capello corrisponde all'incirca ad un arco temporale di un mese), è possibile eseguire un minor numero di esami all'anno con un

marcato abbattimento delle ore di lavoro dedicabili alla procedura dei prelievi ed una grande riduzione.

La ricerca delle NSP in altre matrici biologiche, quali sangue o capello, appare meno problematica, in quanto vi si possono ricercare le sostanze assunte anziché i loro metaboliti.

In questi casi, la strategia analitica è altresì facilitata dalla più ampia disponibilità di standard analitici, nonché dalla possibilità di aggiornare i metodi analitici inserendo le nuove sostanze progressivamente introdotte sul mercato.

## Il Ruolo del Laboratorio Ospedaliero

Da alcuni mesi è iniziata una collaborazione tra lo SMEL Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia dell'Ospedale di Lodi e il Ser.D., mirata all'introduzione di un nuovo protocollo per la ricerca di sostanze d'abuso sulla matrice cheratinica nel monitoraggio delle tossicodipendenze.

Recentemente, sono stati eseguiti dei test pilota con il metodo VMA-T Comedical per lo screening di quelle più diffuse quali oppiacei, cannabinoidi, amfetamine, metadone, ecstasy, buprenorfina, benzodiazepine e ci si sta attrezzando per l'ampliamento alle nuove sostanze psicoattive.

## Metodo

Il protocollo di estrazione permette di analizzare le sostanze d'abuso o psicotrope nella matrice cheratinica per finalità clinico diagnostiche, con estrema semplicità, impiegando test immunometrici tradizionalmente usati anche per l'analisi urinaria, senza dover disporre di complesse strumentazioni cromatografiche accoppiate alla spettrometria di massa.

Il test consiste nel prelievo di una ciocca di capelli il più possibile vicino al cuoio capelluto e, preferibilmente, nell'area corrispondente alla parte posteriore della testa.

Nel caso di calvizie o capelli molto corti, possono essere utilizzati siti di prelievo alternativi come le ascelle, il pube, il torace o i peli della barba; la matrice pilifera d'elezione è comunque rappresentata dai capelli, poiché altri tipi di matrice, come i peli pubici, possono solo confermare un uso pregresso senza determinare la finestra temporale, in quanto la velocità di crescita e la fase telogenica di questi annessi cutanei sono differenti da quella dei capelli (5).

Il campione può essere conservato a temperatura ambiente, preferibilmente al buio, per un tempo indefinito (9).

Il test di screening su capello con metodologia VMA-T si basa sull'utilizzo, previo lavaggio e sminuzzamento del campione, del reattivo VMA-T (10) (COMEDICAL S.r.l. Matterello, Trento), che consente l'estrazione delle sostanze d'abuso dalla matrice cheratinica con una semplice digestione a 100 °C per 60', cui segue il dosaggio semiquantitativo con il metodo immunochimico in fase omogenea DRI (Diagnostic Reagents inc).

## Conclusioni

Le difficoltà nello sviluppare adeguati protocolli di screening per le vecchie e nuove sostanze psicoattive (NSP) e dei farmaci oppiacei sempre più assunti dalla popolazione, limitano l'efficacia di molti dei controlli che ricoprono un ruolo fondamentale nell'attività di tutela della sicurezza pubblica, primi

fra tutti quelli svolti nel contrasto dell'incidentalità stradale e sui lavoratori che svolgono mansioni a rischio per i soggetti terzi.

Ne deriva una scarsa comprensione della reale diffusione delle NSP sul territorio, ma anche una carente identificazione di soggetti che dismettano l'uso delle sostanze stupefacenti notoriamente ricercate, per passare al consumo di questi nuovi prodotti illeciti.

Il riconoscimento analitico delle NSP nei campioni biologici rappresenta quindi, per i laboratori di tossicologia, una problematica di difficile soluzione ma anche una necessità urgente.

A seconda del contesto di applicazione, è evidente che le strategie di analisi che comprendano le NSP vadano gestite in maniera differente, anche in ragione della tipologia di campione disponibile. Nel caso dei catinoni sintetici, si è sperimentalmente verificato come si affaccino all'attenzione del tossicologo una varietà di situazioni che richiedono una considerazione attenta e approfondita.

Oltre ai preventivabili casi di falsa negatività in sede di screening, una possibilità di riconoscimento dei catinoni è offerta dalla reattività crociata di molti kit immunometrici per la classe delle amfetamine.

Pertanto, appare necessario l'utilizzo di metodi di conferma che comprendano anche le sostanze di tipo catinonico, in modo che sia possibile identificare con certezza tutti gli stimolanti, sia di vecchia sia di nuova generazione.

Al tempo stesso, anche per i catinonici, è importante verificare anamnesticamente che talune positività non siano ascrivibili al metabolismo di farmaci lecitamente assunti.

Nel caso dei cannabinoidi sintetici, data l'ampia varietà di prodotti e il loro rapido metabolismo, nella maggior parte dei casi incognito, è possibile focalizzarsi sulla ricerca delle sostanze originariamente assunte, a patto che si sviluppino procedure analitiche da applicare su matrici diverse dall'urina, quali sangue o capello, e si traggano ulteriori informazioni su ampie popolazioni di soggetti.

Negli ultimi due anni, si è sempre più evidenziato come una percentuale significativa di soggetti (soprattutto se di sesso maschile, di età inferiore ai 30 anni e se consumatori di prodotti derivati dalla Cannabis) che si sottopongono agli esami per il rilascio o il rinnovo della patente di guida, abbia avuto esperienze di uso saltuario o ripetuto di queste nuove sostanze, talora di una varietà di cannabinoidi sintetici.

La collaborazione in un'ottica di integrazione tra Ser.D. e Laboratorio Ospedaliero ha voluto evidenziare i vantaggi della matrice cheratinica rispetto all'analisi urinaria quali: l'utente si sottopone ad un esame diagnostico la cui invasività di procedura è pressoché assente, l'operatore ha la sicurezza dell'appartenenza del campione biologico, la possibilità di alterare il campione sembra essere molto difficile, nonostante la letteratura segnali negli ultimi anni la presenza sul mercato on line di shampoo in grado di adulterarlo.

L'alta specificità del test è in grado di determinare una maggiore affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento, diminuisce la possibilità di esporsi a rischio biologico per l'operatore, modalità di conservazione più semplice e la diminuzione dei carichi di lavoro.

Poiché l'analisi di 1 cm di matrice cheratinica ci da informazioni sull'eventuale assunzione di sostanze d'abuso nell'ultimo mese, il monitoraggio dei pazienti si riduce ad una raccolta mensile, per la matrice cheratinica, invece delle quattro mensili (1 a settimana) previste per la matrice urinaria.

Questo permette al laboratorio di ridurre il numero di test per ogni singolo paziente e, conseguentemente, di ridurre il numero di sedute analitiche che si potrebbero concentrare in solo due o tre "corse" mensili (della durata di circa sei ore ciascuna) con la gestione ottimale fino a quaranta campioni a seduta.

Si ridurrebbero così, anche i tempi di valutazione e refertazione dei campioni, in conseguenza al numero inferiore di test effettuati.

Inoltre, con questo tipo di analisi, il laboratorio può fornire al proprio Ser.D. uno strumento d'analisi più efficace nel monitoraggio dei pazienti.

L'alta specificità del test è in grado di determinare una maggior affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento.

In ragione della finestra analitica descritta precedentemente, i prelievi per la ricerca di sostanze nei pazienti in cura presso il Ser.D. potrebbero essere notevolmente ridotti nel numero e, con essi, i costi relativi al monitoraggio stesso.

Questa opportunità, inoltre, favorisce la possibilità che gli operatori del Ser.D. possano dedicarsi ad altre attività terapeutiche incrementando, senza innalzamento ulteriore dei costi di gestione, le offerte trattamentali.

La collaborazione descritta presenta, già in partenza, un numero di pazienti reclutati tale da portare al laboratorio una significativa riduzione di spesa che, nel corso del tempo, potrebbe essere incrementata con un numero maggiore di pazienti trasferiti dalla matrice urinaria a quella cheratinica.

A tutto questo vanno aggiunti gli indubbi miglioramenti dal punto di vista clinico-diagnostico nonché terapeutico.

## Riferimenti bibliografici

- (1) Baumgartner A.M., Jones P.F., Baumgartner W.A., Black C.T. (1979). Radioimmunoassay of hair for determining opiate-abuse histories. *J Nucl Med*, 20: 748-52.
- (2) Pichini S., Pacifici R. (a cura di) (2013). *Linee guida per la determinazione delle sostanze d'abuso nella matrice pilifera*. Istituto superiore di Sanità Roma.
- (3) Dufaux B., Agius R., Nadulski T., Kahl H.G. (2012). Comparison of urine and hair testing for drugs of abuse in the control of abstinence in driver's license re-granting. *Drug Test Anal.*, Jun, 4(6): 415-9.
- (4) Kintz P., Villain M., Cirimele V. (2006). Hair analysis for drug detection. *Ther Drug Monit.*, Jun, 28(3): 442-6.
- (5) Leonardi C., Assi C., Bandini C. et al. (2008). Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica. *Mission*, 28: 19-22.
- (6) Lotti A., Gottardi M. (a cura di) (2015). *La matrice cheratinica. Perché è conveniente nei Ser.D.* Milano: CeRCo Edizioni.
- (7) Linea VMA-T Comedical, Linea di prodotti per l'analisi delle droghe d'abuso nei capelli con tecniche immunometriche di screening. Brochure VMA-T 2010 Comedical s.a.s.
- (8) Luginbühl M., Bekaert B., Suesse S. et al. (2019). Detox Shampoos for EtG and FAEE in Hair - Results from in vitro Experiments. *Drug Test Anal.*, Jan 18. DOI: 10.1002/dta.2570.
- (9) Pichini S., Pacifici R. (a cura di) (2013). *Linee guida per la determinazione delle sostanze d'abuso nella matrice pilifera*. Istituto Superiore di Sanità Roma.
- (10) Pragst F., Balikovama (2006). State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clin Chim Acta.*, 370: 17-49.
- (11) Umani Ronchi F. (2006). Analisi tossicologica dei capelli: stato dell'arte e considerazioni operative. *Biochimica clinica*, 30(2): 148-154.

📄 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

## Il Ser.D. come Point of Care per infezione da HCV: è possibile\*

Liliana Praticò<sup>o</sup>, Roberta Marenzi<sup>o</sup>, Nicola Ghidelli<sup>♦</sup>, Andrea Corbetta<sup>±</sup>, Marta Vaiarini<sup>^</sup>, Franca Colombi<sup>^</sup>, Michela Franzin<sup>o</sup>, Stefano Faggiuoli<sup>♣</sup>, Paolo Donadoni<sup>§</sup>, Marco Riglietta<sup>⊗</sup>

### SUMMARY

■ **Introduction:** *The Addictive Behaviour Centre (Ser.D.) of Bergamo has been in the frontline to tackle HCV infection in patients who use drugs over the last few years.*

**Methods:** *Several initiatives have been implemented, from the HCV screening performed for the IST screening and by using finger tests, up to the prescription of direct-acting antivirals (DAAs) in the Ser.D. point of care.*

**Results:** *out of 584 patients tested for HCV Ab for the IST screening, 15,4% resulted positive, out of 191 patients tested for HCVRNA, 43,5% resulted positive. Out of 186 patients tested by the use of finger tests for HCV Ab, 18,8% resulted positive, while of the 303 patients tested by HCVRNA finger test, 21,5% was positive. 94 patients were found eligible for DAAs treatment: 31 already started the treatment, while 15 are going to start in the next months.*

**Conclusion:** *The access to HCV care for people who use drugs has been improved by the introduction of point of care testing and the DAAs treatment in the Ser.D. of Bergamo. Unfortunately, there are still barriers to treatment that need to be addressed for this vulnerable group of people.*

**Keywords:** *Ser.D., HCV, People who use drugs, HCV screening, DAAs treatment, HCV treatment.*

**Parole chiave:** *Ser.D., HCV, Persone che usano sostanze, Screening HCV, Trattamento con DAAs, Trattamento HCV.*

*Articolo sottomesso: 15/09/2022, accettato: 30/09/2022, pubblicato online: 22/11/2022*

### Introduzione

Negli ultimi anni è stata rivolta moltissima attenzione sia a livello nazionale che internazionale alla diagnosi e terapia dell'infezione HCV, stimolata dalla pubblicazione dell'o-

biiettivo dell'OMS di eradicazione del virus entro il 2030 (WHO, 2017).

L'Italia, ed in particolare Regione Lombardia, si sono messe in prima linea per affrontare questa infezione (Regione Lombardia, 2021).

Particolare attenzione è stata rivolta alle categorie che rappresentano ancora un serbatoio importante di infezione e reinfezione, con scarso accesso ai servizi sanitari di base e quindi alle cure specifiche con *direct-acting antivirals* (DAAs): pazienti che usano sostanze endovena (ev) e soggetti ad elevata promiscuità sessuale (Nelson, 2011).

Tra le barriere allo screening, rivestono un ruolo importante non solo la scarsa consapevolezza da parte degli operatori, ma anche la scarsa disponibilità di test rapidi che non richiedano l'esecuzione di una vena puntura (Sperle, 2018).

Per superare tali barriere e migliorare l'accesso alle cure da parte di queste popolazioni, diverse iniziative sono

\* Questo contributo scientifico è risultato vincitore del concorso "FeDerSerD Venti Anni" e premiato durante l'XI Congresso Nazionale di FeDerSerD tenutosi a Roma dal 28 al 30 settembre 2022. La commissione era presieduta dal presidente nazionale e dal direttore del comitato scientifico nazionale della Federazione.

<sup>o</sup> Medico Ser.D. Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>♦</sup> Medico medicina Generale, PO Alzano Lombardo, ASST Bergamo Est.

<sup>±</sup> Coordinatore DPSS Ser.D. Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>^</sup> Infermiere Ser.D. Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>o</sup> Direttore UOC Farmacia ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>♣</sup> Direttore Dipartimento di Medicina ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>§</sup> Medico, responsabile Ser.D. Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>⊗</sup> Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII.

state messe in atto in tutta Europa, dall'identificazione di "case manager" dedicati all'infezione da HCV, fino al "reaching out" tramite testing su strada con unità mobili (EMCDDA, 2019).

Anche presso il Ser.D. di Bergamo sono state messe in atto diverse iniziative per la lotta contro l'epatite C: dallo screening delle malattie trasmesse sessualmente (MTS) su tutta la popolazione afferente al servizio, allo screening HCV tramite *point of care testing* per la rilevazione di anticorpi (Ab) e RNA ai pazienti in terapia agonista, fino alla evoluzione del servizio in centro prescrittore diretto territoriale per DAAs.

Infatti la prescrizione dei farmaci DAAs era stata finora ristretta ai centri prescrittori ospedalieri con la necessità di costruire un modello di organizzazione di rete per ottimizzare l'accesso al trattamento per HCV e allo stesso tempo abbattere i costi della cura dei pazienti con questa infezione (Faggioli, 2019).

## Metodologia

*Potenziamento dello screening per le MTS:* nel 2020 è stato implementato per tutti i pazienti in carico al Ser.D. e ai nuovi accessi lo screening per le principali malattie sessualmente trasmesse (infezione da HIV, epatiti virali e lue). Parallelamente è stato sviluppato il progetto "Go on Safe" che ha esteso lo screening alle categorie fragili su strada tramite unità mobile.

Tali pazienti venivano poi, in caso di positività, inviati agli ambulatori per le MTS dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

*Progetti per lo screening tramite test rapido:* nel 2021 con il supporto di LetsCom-Abbvie (Progetto HAND) e Improve-Gilead (Progetto SOS), è stato proposto uno screening a tutti i pazienti in terapia agonista al Ser.D. basato sull'u-

so di finger test rapidi per la ricerca di anticorpi anti HCV e HCV-RNA (Cepheid) nel sangue capillare al fine di identificare rapidamente e senza necessità di un prelievo venoso i pazienti che necessitavano di terapia specifica per HCV (Cepheid, 2022).

In prima battuta ai pazienti a basso rischio di infezione da HCV (assenza di uso di sostanze per via ev, pazienti con solo disturbo da uso di alcol, pazienti senza comorbidità infettive come HIV) veniva effettuato un test per la ricerca degli anticorpi e, in caso di positività, esecuzione di un test per la determinazione di HCV-RNA: in caso di HCV-RNA positività il paziente veniva inserito in programmazione per trattamento specifico con DAAs secondo un algoritmo dedicato (Figura 1).

Per i pazienti ad alto rischio di HCV (uso di droghe ev passato o attuale, comorbidità infettive come HIV, uso attuale di alcol a rischio) invece veniva somministrato direttamente un test rapido per HCV-RNA.

*Trattamento per HCV al Ser.D.:* il trattamento per HCV fa parte dei record file F e richiede la registrazione del paziente nel sistema dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per cui la prescrizione di tali farmaci è sempre stata appannaggio dei dipartimenti ospedalieri, dotati di una specialità compatibile con la prescrizione, quali le Malattie Infettive, la Gastroenterologia e la Medicina Interna.

Nel 2022, il Ser.D. di Bergamo è diventato centro prescrittore diretto di DAAs, diventando a tutti gli effetti un centro primario di cura per HCV (dalla diagnosi alla terapia) ovviando alla necessità di inviare i pazienti presso un centro specializzato per la terapia e riducendo enormemente il rischio di dispersione dei pazienti risultati positivi ("linkage to care").

Il processo ha permesso l'autorizzazione dei medici prescrittori e del dipartimento di salute mentale e delle dipendenze da parte di Regione Lombardia, grazie alla collaborazione e al lavoro di rete che ha visto come attori il

Fig. 1 - Algoritmo per lo screening per HCV al Ser.D. di Bergamo

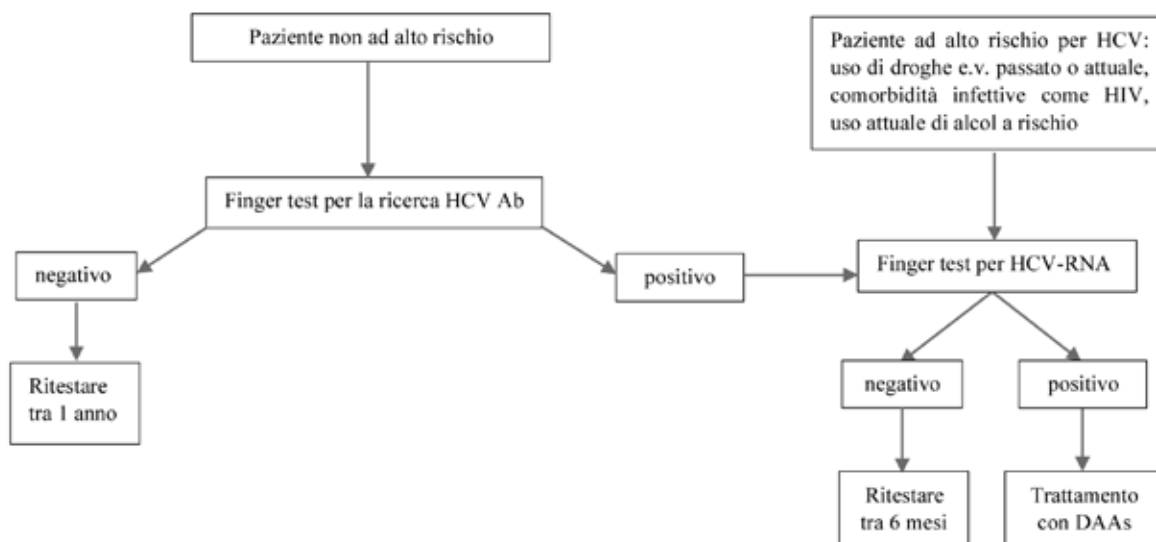
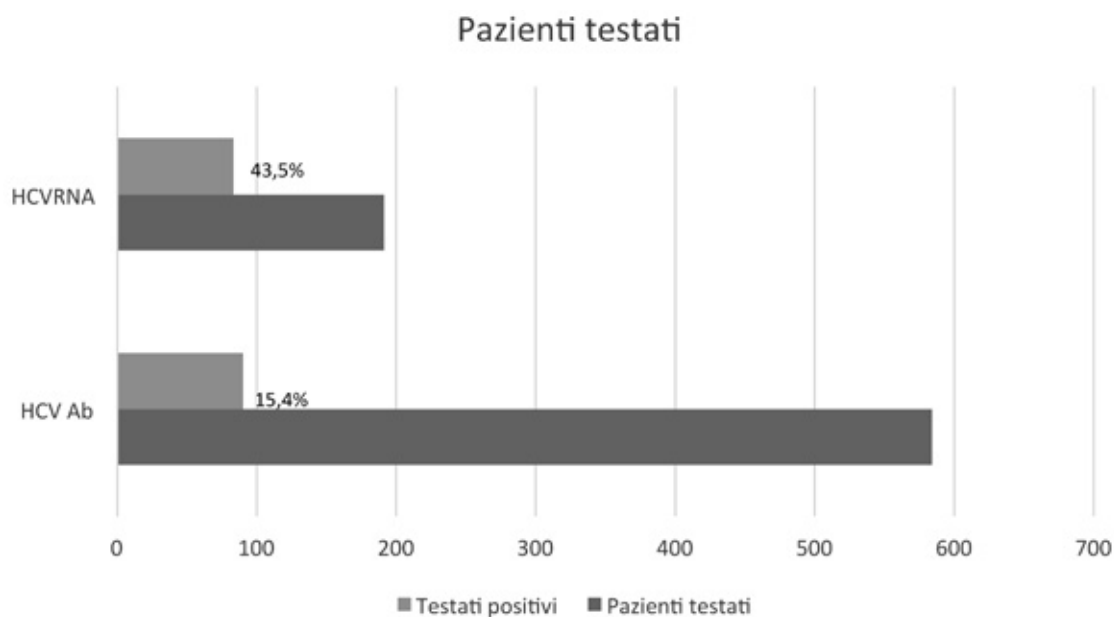


Fig. 2 - Pazienti screenati da gennaio 2020 ad agosto 2022 tramite prelievo venoso



personale della UOC di Gastroenterologia 1 - Epatologia e Trapiantologia, la UOC Farmacia e la Direzione Sanitaria dell'ASST Papa Giovanni XXIII, oltre alla UOC Dipendenze.

È stata poi avviata una collaborazione informale con la medicina generale di un vicino ospedale della provincia di Bergamo per l'esecuzione in tempi brevi dell'ecografia dell'addome per i pazienti in procinto di iniziare la terapia con DAAs.

## Risultati

*Potenziamento dello screening per le MTS:* con il potenziamento dello screening tramite veno puntura per le

malattie sessualmente trasmesse, 689 persone sono state testate per HCV da gennaio 2020 ad agosto 2022.

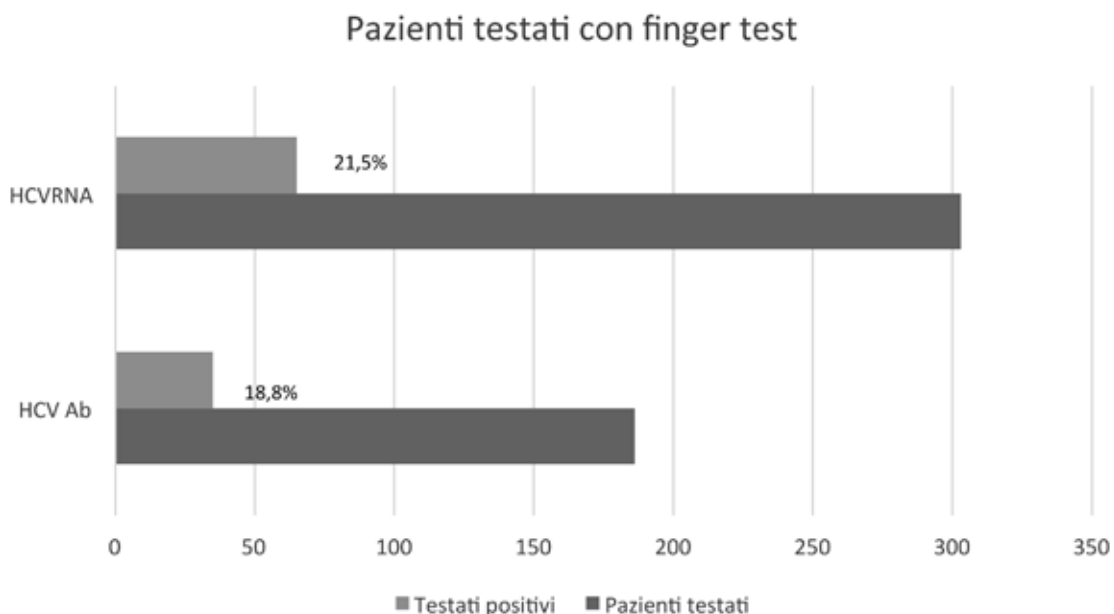
In particolare 584 sono stati testati per la presenza di anticorpi anti HCV, mentre 191 per HCV-RNA. Rispetto al biennio precedente (2018-2019) la percentuale di persone testate per HCV è cresciuta del 50%.

La Figura 2 mostra i risultati di tali indagini.

Con il progetto "Go on Safe", che ha portato all'esterno l'attività di screening per MTS, il numero di pazienti testati nel 2020 e 2021 sono stati 170 con 22 riscontrati positivi (13%).

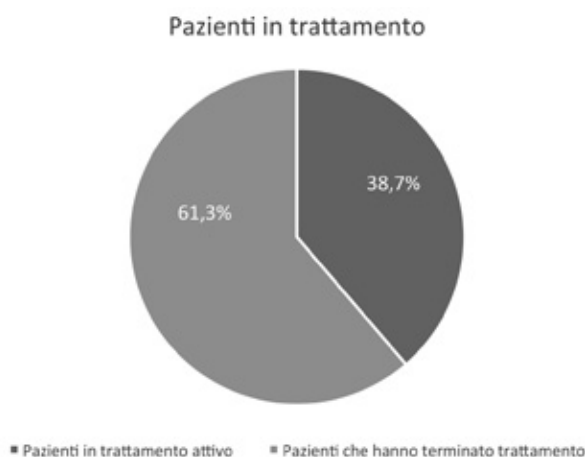
*Progetti per lo screening tramite test rapido:* tramite i due progetti (HAND ed SOS) lo screening per HCV è stato potenziato ulteriormente mediante l'uso di finger test. I risultati di tale attività sono presentati in Figura 3.

Fig. 3 - Pazienti screenati mediante finger test



*Trattamento per HCV al Ser.D.:* dei pazienti testati HCV-RNA positivi, da marzo 2022 ad agosto 2022, 31 sono stati avviati al trattamento con DAAs, come mostrato nella Figura 4, altri 15 verranno trattati nei prossimi mesi. Dei pazienti trattati, 9 hanno ottenuto una “sustained virologic response” (SVR) a 12 settimane dalla fine della terapia, 5 non hanno effettuato il controllo dopo 12 settimane, mentre per gli altri non sono ancora trascorse 12 settimane dalla fine della terapia.

**Fig. 4 - Pazienti trattati ed esito del trattamento**



Per il momento non sono stati identificati dei fallimenti terapeutici.

### Quale trattamento?

Tutti i pazienti sono stati trattati con le combinazioni glecaprevir/pibrentasvir o sofosbuvir/velpatasvir. La scelta del farmaco è stata dettata dalle interazioni farmacologiche e dalle esigenze del paziente. Dei 31 pazienti posti in trattamento, 10 sono stati trattati con sofosbuvir/velpatasvir, mentre gli altri con glecaprevir/pibrentasvir.

### Cause di non trattamento

Sebbene non sia stato ancora possibile effettuare un'analisi sistematica delle ragioni per cui, nonostante il miglioramento dell'accesso alla terapia, alcuni pazienti non siano ancora stati posti in trattamento, alcune considerazioni possono essere fatte: dei 94 pazienti identificati ed eleggibili al trattamento, 12 avevano già iniziato il percorso per il trattamento presso altri centri/dipartimenti; 3 sono stati esclusi per riscontro di patologie neoplastiche concomitanti; 1 paziente è deceduto per un evento acuto (sepsi con endocardite embolizzata); 2 sono nel frattempo stati posti in regime di detenzione carceraria; 4 pazienti hanno rimandato/rifiutato per motivi personali/lavorativi.

1 paziente, straniero e senza assistenza sanitaria regolare, non ha potuto eseguire esami propedeutici alla terapia nonostante AIFA permetta la prescrizione con codice STP. 9 pazienti vivono in condizioni di disagio sociale importante per cui difficilmente reperibili, altri 14 si sono resi irreperibili per cui difficili da contattare anche solo per effettuare una valutazione iniziale per la richiesta del farmaco.

Altri 2 pazienti infine sono stati persi al follow up durante il processo di effettuazione dell'ecografia e del prelievo prima di poter fare la richiesta del farmaco.

In generale la possibilità di effettuare il trattamento presso il Ser.D. è stata molto ben accolta dai pazienti, alcuni dei quali in questa occasione hanno considerato per la prima volta l'ipotesi di effettuare il trattamento con DAAs.

### Discussione e conclusione

Diversi percorsi sono risultati ancora difficoltosi da attuare, a partire dallo screening per MTS.

L'implementazione dello screening ha sicuramente contribuito ad accrescere la consapevolezza sia degli operatori sanitari che dei pazienti verso l'infezione da HCV, ma rimane il problema di effettuare il prelievo venoso a pazienti che spesso hanno un patrimonio venoso fortemente compromesso, oltre al fatto che questo tipo di test non può facilmente essere effettuato su strada/unità mobile.

La disponibilità dei test rapidi ha permesso di estendere moltissimo lo screening per HCV sia per la maggiore facilità di esecuzione che per la maggiore accettabilità da parte dei pazienti, ma le quantità di test fornite sono state comunque limitate e discontinue per cui non è stato possibile testare i pazienti in modo regolare e massivo (Barocas, 2016).

Per quanto riguarda il processo per diventare centro prescrittore, l'autorizzazione da parte di Regione Lombardia ai medici prescrittori è stata sufficientemente rapida, mentre solo successivamente è stato autorizzato il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze per cui il trattamento dei primi pazienti è stato ritardato di circa 3 mesi rispetto a quanto preventivato.

Una volta ottenuta l'autorizzazione è stato necessario pianificare una procedura per la consegna dei farmaci poiché il Ser.D. non è ubicato nello stesso centro ospedaliero dove si trova la farmacia.

Questa procedura è stata definita facilmente con la farmacia e il servizio di logistica di trasporto dei farmaci, con l'ottenimento della consegna settimanale dei farmaci al servizio dopo l'invio della richiesta da parte del medico prescrittore del Ser.D. alla farmacia dell'ospedale.

Alcune problematiche relative alla prescrizione dei farmaci rimangono, nonostante l'aggiunta del dodicesimo criterio di prescrivibilità che permette l'accesso al trattamento anche a chi per questioni di natura assistenziale o sociale possa non poter accedere all'esecuzione del fibroscan,

alla tipizzazione genomica e/o alla biopsia epatica (AIFA, 2019).

Infatti, per la prescrizione dei farmaci è necessaria la compilazione della scheda AIFA che richiede una serie di informazioni tra cui esami ematochimici ottenuti tramite prelievo venoso ed ecografia dell'addome per escludere la presenza, ad esempio di epatocarcinoma.

Questa rimane una limitazione all'accesso ai farmaci poiché alcuni pazienti disertano gli appuntamenti per il prelievo e, non essendo disponibile un ecografo presso il Ser.D., possono non recarsi presso altre strutture per eseguire l'ecografia.

Questo contribuisce non solo al rischio di perdere i pazienti ancora prima di iniziare il trattamento, ma anche ad allungare i tempi di attesa per iniziarlo.

L'implementazione del criterio 12 dovrebbe effettivamente permettere la prescrizione indipendentemente da queste informazioni cliniche, che, seppur importanti, ostacolano ancora l'accesso alle cure per questi pazienti.

Una soluzione parziale potrebbe essere ad esempio rendere disponibili ecografi portatili presso i servizi Ser.D. territoriali con un sistema di refertazione in loco se disponibile un operatore in grado di effettuare l'esame o a distanza tramite la telemedicina, la cui efficacia è già stata ampiamente dimostrata in tutta la cascata di cura per l'HCV nei pazienti che usano sostanze (Nevola, 2022).

Un'altra problematica che rimane aperta è rappresentata dai pazienti che non hanno un'abitazione stabile e che nel peggiore dei casi vivono in strada.

Come già dimostrato infatti un'abitazione stabile è un fattore fondamentale per assicurare l'aderenza al trattamento (Frankova, 2021).

Tali pazienti sarebbero trattabili solo tramite unità mobile e con somministrazione osservata (DOT). Purtroppo nella pratica clinica, per via degli standard di qualità richiesti, ad oggi non è possibile la somministrazione del farmaco sotto osservazione giornalmente, ma la terapia deve obbligatoriamente essere consegnata per i 28 giorni (il contenuto di 1 confezione).

Tale strategia però porterebbe in questi casi a rischio di furto del farmaco o a perdita dello stesso in mancanza di condizioni abitative adeguate, escludendo di fatto questi pazienti vulnerabili dal trattamento.

Ancor più problematico è l'accesso alle cure da parte di pazienti che non godono di assistenza sanitaria e a cui risulta complicato eseguire degli esami ematici e strumentali propedeutici alla terapia.

Infine, tra gli aspetti che rimangono ancora problematici dobbiamo ricordare: la permanenza di fattori di rischio per reinfezione che in alcuni casi non può essere rimossa totalmente e che porterebbe a necessità di screenare periodicamente ed eventualmente ritrattare questi pazienti, ma anche individuare con puntualità le ragioni per cui alcuni pazienti nonostante l'attuale elevata accessibilità e maneggevolezza del trattamento, lo rifiutano comunque, in modo da attuare strategie più efficaci e mirate per queste categorie più a rischio (Falade-Nwulia, 2018).

Fig. 5 - Aspetti critici risolti

| Aspetti critici risolti                             |   |
|---|---|
| Screening MTS: esecuzione veno puntura              | Parzialmente risolto grazie ai finger test (su sangue capillare)                  |
| “Linkage to care”                                   | Ser.D. divenuto centro prescrittore   |
| Numero di utenti screenati: raddoppiato in due anni | Grazie a potenziamento dello screening su prelievo venoso e su prelievo capillare |

Fig. 6 - Aspetti critici non ancora risolti

| Aspetti critici non ancora risolti   |  |
|--|--|
| Disponibilità finger test  | Non ancora inviati dalla regione Lombardia   |
| Criterio 12 di prescrivibilità AIFA non completamente implementabile nella pratica clinica | Necessità di prelievo venoso ed ecografia prima di iniziare il trattamento             |
| Pazienti senza fissa dimora e/o senza assistenza sanitaria                                 | Esclusi completamente dal trattamento poiché DOT non applicabile nella pratica clinica |
| Fattori di rischio per infezione persistenti   | Necessarie strategie innovative di monitoraggio tramite screening                      |
| Pazienti “difficili”   | Necessarie strategie per ingaggiare al trattamento più efficacemente                   |



## Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (2017). Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region.
- (2) Regione Lombardia (2021). Text available at the website: [www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-5830-legislatura-11](http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-5830-legislatura-11).
- (3) Nelson P.K., Mathers B.M., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 378(9791): 571-83. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0. Epub 2011 Jul 27. PMID: 21802134; PMCID: PMC3285467.
- (4) Sperle I., Hedrich D., Palczak K., Singleton N., Zimmermann R. (2018). Barriers to HCV Testing in Drug Treatment Services for People who Inject Drugs. Poster EMCCDA Lisbon.
- (5) EMCDDA (2019). Hepatitis C new model of care for drug services. Text available at the website: [www.emcdda.europa.eu/drugs-library/hepatitis-c-new-models-care-drugs-services\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/hepatitis-c-new-models-care-drugs-services_en).
- (6) Faggioli S., Pasulo L., Maggiolo F., Spinella R., Del Poggio P., Boldizzoni R., Di Marco M., Aronica A., Benedetti C., Correale P., Garavaglia C., Nicora C. (2019). Economic Evaluation of Different Organizational Models for the Management of Patients with Hepatitis C. *Farmacoeconomia. Health economics and therapeutic pathways*, 20(1). Text available at the website: <https://doi.org/10.7175/fe.v20i1.1374>.
- (7) Cepheid (2022). Text available at the website: [www.cephheid.com/en/tests/Virology/Xpert-HCV-Viral-Load](http://www.cephheid.com/en/tests/Virology/Xpert-HCV-Viral-Load).
- (8) Barocas J.A., Linas B.P., Kim A.Y., Fangman J., Westergaard R.P. (2016). Acceptability of Rapid Point-of-Care Hepatitis C Tests Among People Who Inject Drugs and Utilize Syringe-Exchange Programs. *Open Forum Infect Dis.*, 3(2): ofw075. DOI: 10.1093/ofid/ofw075. PMID: 27191007; PMCID: PMC4867657.
- (9) AIFA (2019). Text available at the website: [www.aifa.gov.it/aggiornamento-epatite-c](http://www.aifa.gov.it/aggiornamento-epatite-c).
- (10) Nevola R., Rosato V., Conturso V., Perillo P., Le Pera T., Del Vecchio F., Mastrocinque D., Pappalardo A., Imbriani S., Delle Femine A., Piacevole A., Claar E. (2022). Can Telemedicine Optimize the HCV Care Cascade in People Who Use Drugs? Features of an Innovative Decentralization Model and Comparison with Other Micro-Elimination Strategies. *Biology*, 11: 805.
- (11) Frankova S., Jandova Z., Jinochova G., Kreidlova M., Merta D., Sperl J. (2021). Therapy of chronic hepatitis C in people who inject drugs: focus on adherence. *Harm Reduct J*, 18: 69. Text available at the website: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00519-y>.
- (12) Falade-Nwulia O., Sulkowski M.S., Merkow A., Latkin C., Mehta S.H. (2018). Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat.*, 25(3): 220-227. DOI: 10.1111/jvh.12859. PMID: 29316030; PMCID: PMC5841922.

## NOTIZIE IN BREVE

### Costituito l'Osservatorio OISED - Impatto Socio-Economico delle Dipendenze con una partnership tra CREA Sanità - Centro per la ricerca economica applicata in sanità, di Roma e CeRCo - Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze, di Milano

OISED intende occuparsi di temi cruciali in sanità che spesso vengono sottovalutati nel settore delle dipendenze.

Nel 2021 gli organismi promotori di OISED hanno effettuato una analisi del fenomeno dell'abuso di sostanze stupefacenti e in particolare dell'impatto organizzativo socio-sanitario, di quello giudiziario, di quello economico (*cost of illness*), nonché la determinazione di una stima dei costi sociali che genera.

Il riscontro tra i professionisti e le istituzioni delle proposte presentate con numerosi eventi è stato significativo e stimolante per tutti i segmenti analizzati.

L'Osservatorio svolgerà la sua attività mediante analisi di tipo quantitativo delle politiche regionali in tema di dipendenze; in particolare individuerà ed elaborerà un set di indicatori ritenuti utili al benchmarking regionale delle performance e degli impatti sanitari, sociali, economici e giudiziari in tema di dipendenza.

Gli indicatori alimenteranno un applicativo web-based, appositamente sviluppato, che permetterà di visualizzare, per singola Regione, i valori dei singoli indicatori, nonché la loro dinamica, individuando la loro "posizione" rispetto alla media nazionale e della ripartizione geografica di afferenza della Regione.

Saranno analizzate tutte le informazioni ufficiali rese disponibili in Italia ai vari livelli centrali e periferici, nonché relazioni, studi e report specifici.

Annualmente OISED individuerà una tematica meritoria di approfondimento, sui cui verrà sviluppata una analisi ad hoc.

I risultati delle attività di OISED saranno oggetto di un report annuale, e di una presentazione in un evento istituzionale, in cui verranno coinvolti istituzioni di livello nazionale e regionale, nonché operatori (quali medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, sociologi) che a livello locale (aziende sanitarie) si occupano di dipendenze.

Per le sue attività, OISED si avvarrà del supporto di uno steering committee, costituito da rappresentanti del mondo sanitario, economico e giudiziario, che si riunirà per condividere i contenuti ed i risultati conseguiti.

A Roma, durante l'XI Congresso nazionale di FeDerSerD, l'iniziativa è stata presentata da Daniela d'Angela, presidente di CREA sanità, e Alfio Lucchini, direttore di CeRCo.

# Il senso di fallimento rispetto al suicidio nel carcere di Verona di Donatella Hodo. Una storia di dipendenza, droga e carcere in una Società silente.

## *I Professionisti di FeDerSerD si interrogano*

Come tanti anche noi Professionisti di FeDerSerD abbiamo letto la notizia e le interviste rilasciate ai giornali dal giudice e dal padre della ragazza e, pur sapendo della difficoltà a pronunciarsi su situazioni così complesse, sentiamo il dovere di farci interrogare da quanto accaduto e condividere pubblicamente le nostre considerazioni.

Non abbiamo tutti gli elementi per comprendere la storia clinica della ragazza; conosciamo bene invece, dall'interno dei Ser.D., la disperazione che trasuda dall'intervista al papà della ragazza e dal suo annaspire addolorato alla ricerca della "cura" capace di "guarire" la figlia dalla dipendenza, la viviamo e sentiamo sulla nostra pelle quotidianamente.

I Professionisti che raccolgono queste grida di aiuto sanno bene che la "guarigione" non è il concetto che più aiuta ad orientare il percorso di "cura" delle persone che impattano nell'uso problematico delle sostanze, così come sanno bene quanto è importante scongiurare il rischio che i fallimenti facciano fare di tuttata un'erba un fascio, lasciando aperte solo le soluzioni miracolistiche o autoritarie.

Sulla questione droghe il dibattito e il confronto nella società civile è fermo da decenni e negli ultimi anni la normalizzazione dei comportamenti di uso di sostanze è andata di pari passo con la normalizzazione di un allontanamento del dibattito tra società scientifiche, cittadini consumatori, decisori politici e cittadinanza tutta.

Le gravi conseguenze di questo allontanamento sono la mancanza di un lessico condiviso e l'alzarsi dell'attenzione generale solo a fronte di casi emergenziali.

Per non rimanere in balia dell'impotenza e per non lasciare vane la morte di Donatella e la disperazione di suo padre e di un giudice, proponiamo le seguenti considerazioni.

Primo: le conoscenze scientifiche degli effetti delle sostanze sul cervello e la mente suggeriscono di sostituire il concetto di "guarigione" con quello di "cambiamento".

La dipendenza da sostanze coinvolge mente e cervello in un equilibrio sofisticatissimo e il concetto di guarigione così come siamo abituati ad usarlo non indica in maniera realistica l'esito della cura che dobbiamo ricercare.

Tanti invece sono gli strumenti farmacologici e psicologici che i Ser.D. hanno imparato ad usare per migliorare la qualità della vita e per accompagnare il processo di cambiamento in coerenza con la disponibilità e libertà della persona.

Qualsiasi offerta terapeutica o riabilitativa, che si proponga come capace di "guarire", oltre che privilegiare il valore dello strumento terapeutico usato rispetto al processo di funzionamento e di scelta della persona, per esempio illudendo di funzionare una volta per tutte, implicitamente sottende un non detto che rappresenta il secondo livello di problematicità che vi vogliamo proporre.

Secondo: le persone che usano sostanze sono oggetto di uno stigma sociale che considera riprovevole e innaturale di per sé il loro comportamento.

Questo stigma, invece di rappresentare un fattore di protezione e di scoraggiamento dell'uso, alimenta atteggiamenti punitivo/persecutori che determinano in realtà la diminuzione del rispetto nei confronti delle persone dipendenti e del loro stesso valore individuale.

Assistiamo ancora una volta a una tragedia che rinforza i dubbi sul senso dell'apparato sanzionatorio, anche alla luce delle conseguenze che esso provoca in assenza di un dibattito coerente e informato nella cittadinanza sulla questione droghe e sulla inefficacia della carcerazione.

La legislazione italiana è una delle più severe in Europa; il risultato del meccanismo sanzionatorio applicato alle persone dipendenti fa sì che esse rappresentino il 30% dei detenuti italiani quando, la media europea è al 18%.

Altro dato rilevante è che la percentuale dei dipendenti da sostanza nei nuovi ingressi in carcere per anno è in costante aumento, attestandosi al 39,9% nel 2020 (relazione al Parlamento 2021)

FeDerSerD da anni sottolinea, in ogni occasione congressuale e di rappresentanza istituzionale con la politica nazionale, l'assoluta necessità di una revisione organica della legislazione nazionale in materia di dipendenze (DPR 309/90 e successive modificazioni), e di una revisione del sistema di cura adattato alle esigenze correnti.

Il Carcere è luogo inadeguato per curare un soggetto con dipendenza patologica; un luogo in cui la persona dipendente può peggiorare le sue condizioni correlate alla sua fragilità complessiva, determinata molto spesso non solo dalla dipendenza, ma anche dalle patologie psichiche e infettivologiche associate.

Il suicidio di Donatella, l'impotenza del padre e la disperazione del giudice mettono in pesante discussione il sistema d'intervento complessivo; denunciano il fatto che i Servizi, per il grave e progressivo impoverimento delle risorse, e lo spreco di energie in attività burocratiche, non riescono a fare più il lavoro che potrebbero fare; sottolineano che le posizioni ideologiche nello scegliere strumenti e servizi è dannoso per la salute e vedono il Carcere come un luogo dove una disperata storia di dipendenza può trovare anche tragici epiloghi.

Se tutto questo potrà lasciare una traccia, un messaggio per la Società tutta e per le decisioni legislative allora potremo ritenere che questa ennesima storia di sofferenza e fallimento non sia avvenuta invano.

Agosto 2022

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VIII, n. 34

MISSION n. 58

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

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

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missionredazione@gmail.com](mailto:missionredazione@gmail.com)

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

## Case Report. Trattamento multifarmacologico e psico-educativo combinato in paziente con Disturbo da Uso di Alcol grave

*Paolo Marzorati\**

### Sommario

Un uomo italiano di 55 anni viene ricoverato in un reparto di medicina interna per dolore addominale, astenia e trascuratezza.

Dalla valutazione internistica emerge una diagnosi di cirrosi epatica steatosica.

Una consulenza alcologica richiesta al medico delle dipendenze della nostra UO permette di definire un disturbo da Alcol grave ed impostare un primo trattamento farmacologico per stabilizzare l’astensione ed organizzare un trasferimento nel reparto di Riabilitazione delle Dipendenze della ASST di Crema.

Il trattamento ospedaliero in un reparto riabilitativo specialistico per le dipendenze ha permesso di perfezionare la diagnosi includendo depressione e Disturbo da Uso di BDZ, e ampliare la proposta terapeutica con un programma psico-educativo intensivo.

Il lavoro clinico multidisciplinare allargato tra Reparto di Medicina Interna, Reparto Riabilitazione delle Dipendenze e Ser.D. territoriale ha permesso di affrontare con successo una condizione clinica che difficilmente avrebbe trovato una soluzione adeguata in una solo Servizio.

*\* Dirigente medico, UO Riabilitazione delle Dipendenze – Rivolta d’Adda – Asst Crema.*

Partecipazione scientifica e attività di supervisione di Edoardo Cozzolino, medico internista, Ufficio di direzione nazionale di FeDerSerD, Milano.

Questo Report pone l’enfasi sull’importanza di un lavoro clinico strettamente integrato tra specialisti diversi per offrire trattamenti completi individuati sui bisogni della persona.

### Introduzione

**L’evidenza di un problema internistico alcol correlato**

L’alcol è tra le principali cause di morte prevenibile con oltre 3 milioni di decessi annui nel mondo attribuibili all’alcol.

L’uso rischioso di alcol in Italia continua ad avere un vasto impatto sulla società ben oltre i termini di mortalità e morbilità individuali.

Morbilità e mortalità alcol-correlate sono in gran parte dovute alla alta prevalenza di un Disturbo da Uso di Alcol (AUD) nella popolazione.

Si stima attualmente che quasi 8 milioni di italiani incontrino, in qualche fase della loro vita, i criteri diagnostici che definiscono attualmente il disturbo da uso di alcol.

L’uso di alcol è associato ad un aumentato rischio di incidenti, perdita di capacità lavorativa, aumento di problemi di salute mentale e fisica, e ad una più larga prevalenza di violenza e crimini. Le analisi che considerano il danno globale delle sostanze psicotrope individuano l’alcol come la sostanza più nociva.

Nel 2018 oltre 40.000 persone sono state curate in Pronto Soccorso per accessi con diagnosi primaria e secondaria

attribuibili all'alcol, ed il dato è ampiamente sottostimato per le difficoltà di organizzare un sistema di codifiche diagnostiche omogeneo.

Di questi circa un terzo sono accessi a media ed alta criticità con trattamenti acuti che esitano in un ricovero.

La prevalenza degli accessi è maschile, in questa prospettiva si iscrive il nostro caso.

Generalmente tuttavia anche nei reparti di Medicina poche persone ricevono un trattamento specialistico alcolico ed ancor meno persone ricevono un trattamento che consideri un trattamento farmacologico tra quelli approvati e disponibili per AUD (Alcohol Use Disorder) accanto ad un consolidato approccio psicosociale.

Certamente questo gap tra evidenza epidemiologica del Disturbo, riconoscimento clinico e approccio terapeutico multidisciplinare precoce va colmato con nuove attenzioni cliniche ed assetti organizzativi adeguati.

I benefici di un approccio multidisciplinare precoce aumentano la prevalenza dell'astensione, riducono il rischio di ricaduta e migliorano la salute globale della persona, permettendole di sostenere stabilmente quel percorso di Continuing Care così fondamentale per la riabilitazione di un soggetto con AUD.

La condizione di presentazione clinica di molte persone con AUD cambierà ed evolverà nel tempo, i nostri interventi terapeutici devono prevedere valutazioni multiprofessionali frequenti per adattare o rimodulare il trattamento non appena sia opportuno.

## Presentazione del caso clinico

### Descrizione del paziente

Carlo è un uomo italiano di 55 anni che sta lottando con la depressione da circa 10 anni.

Il disturbo sembra emergere dopo il decesso della moglie, avvenuto nel 2013 per complicanze metastatiche di neoplasia mammaria.

Da circa 9 anni frequenta il CPS territoriale con grande discontinuità.

Ultima prescrizione di circa 4 mesi fa Citalopram 10 mg 1 cp.

Iperteso da circa 3 anni, in terapia con Amlodipina 10 mg/die da 2 anni.

Figlio unico di genitori 84enni, viventi ed in salute precaria.

Padre con Carcinoma gastrico recidivato dopo gastrectomia parziale e madre con decadimento cognitivo.

Vivono in casa propria con badante.

Carlo sposato nel 1999 e vedovo dal 2013, vive da solo da circa 9 anni.

È in pensione da 2 anni dopo 30 anni di vita da musicista. Ha due figlie, Bea di 28 anni e Gea di 24, da anni molto preoccupate per la condizione di abbandono e per la frequenza e la quantità di bevande alcoliche consumate dal padre.

Per questo hanno più volte cercato assistenza professionale per Carlo.

Egli ha mantenuto per anni un atteggiamento minimizzante con i familiari ed i curanti circa il rapporto e l'uso di alcol, non prendendo con impegno alcun trattamento ed accogliendo unicamente la diagnosi di depressione stagionale.

Carlo infatti ricostruisce la sua storia depressiva come un evento stagionale e l'assunzione di alcol come periodica e occasionale segnatamente a date significative della vita familiare (compleanno della moglie, periodo natalizio, anniversario di matrimonio).

Ha riconosciuto negli anni gli episodi depressivi ma ha sempre negato un disturbo da uso di alcol. Impotenti ed inascoltate le figlie hanno chiuso i rapporti con il padre lasciando la loro casa familiare, la prima un anno fa la seconda sette anni fa.

Entrambe non lo sentono da oltre 8 mesi.

Pur avendo una pensione significativa (circa 3000 euro) la gestione economica è inadeguata

### Storia del caso

Carlo viene ricoverato nell'ospedale territoriale in medicina interna per dolore addominale, ansia, astenia, malessere generale, febbre e dispnea su invio del medico di famiglia.

Esclusa infezione da SARS-CoV-2, condizioni acute polmonari, cardiologiche e gastroenterologiche i clinici, visti l'esame obiettivo, gli esami ematochimici e strumentali, si orientano verso un disturbo d'ansia con uso patologico di alcol.

Impostano un primo trattamento farmacologico orientato al controllo della pressione arteriosa, alla gestione dell'ansia e della astinenza da alcol.

Richiedono consulenza alcolologica alla nostra UO Riabilitazione delle dipendenze

### Risultati dell'esame fisico

Altezza 180 cm; peso 92; BMI 28.4 (sovrappeso); PA 130/80; fc 78 r.

Sensorio integro, psiche lenta con lieve confusione

### Risultati dei test patologici e degli esami

Esami ematochimici significativi: AST 203 mU/ml, ALT 277 mU/ml, GGT 185 mU/ml; Alcolemia 209 mg/100 ml.

Eco Addome Completo: fegato aumentato di volume a margini nodulari, esente da lesioni focali. Steatosi di grado severo.

Diagnosi ecografica: Cirrosi epatica steatosica

### Valutazione tossicologia in consulenza presso il Reparto di medicina interna: anamnesi, scale di misura, esame obiettivo, diagnosi

La raccolta della anamnesi tossicologica evidenzia un uso di *bevande alcoliche* a binge da oltre 10 anni in associazione a significative deflessioni dell'umore che Carlo ha sempre associato a memorie trigger relative ad eventi e giornate speciali della sua vita di coppia prima della morte della moglie. Durante questi periodi di uso la depressione di Carlo diminuiva in intensità per poi aumentare di nuovo nel tempo, con esacerbazioni ogni volta che egli provava a ridurre la quantità e la frequenza delle assunzioni alcoliche.

Il primo uso di bevande alcoliche risale all'età di 17 anni, sociale e ricreativo, con episodi di uso rischioso occasionale dopo serate di lavoro o ritrovi amicali.

Dai 45 anni l'uso di alcol è diventato progressivamente molto intenso, con assunzioni da plurisettimanali a quotidiane, stimate in circa 3 litri di birra ad assunzione.

In associazione Carlo riporta *fumo di tabacco*, circa 25 sigarette al dì negli ultimi dieci anni che possono diventare anche 40 in occasioni di periodi di autocontenimento della assunzione.

L'uso di tabacco dura da oltre 35 anni con una stima giornaliera di circa 20 sigarette al dì fino a 45 anni di età.

Carlo riporta un uso ricreativo di *cannabis* dai 14 ai 35 anni.

Mai ritenuto un uso a rischio, ma una abitudine sociale da condividere con gli amici musicisti post performance. Ha smesso quando ha cambiato gruppo e locali di esibizione.

Emerge un suo incongruo di *Bromazepam* in occasione di sintomi di ansia acuta.

Riporta che questa BDZ gli fu prescritta durante le ultime fasi della malattia della moglie; da allora l'ha usata secondo sua necessità anche associandola a bevande alcoliche, arrivando ad usarne un flacone di gocce al dì.

Non ama il Caffè, riferisce mai più di 2 al dì con periodi di non utilizzo

Non è emerso un Disturbo da gioco d'azzardo ed i test SOGS; CPGI sono risultati negativi a questo proposito.

Neppure segnalate altre dipendenze comportamentali  
*È stata posta diagnosi di Disturbo da uso di Alcol grave, Disturbo da Uso di Tabacco grave, Disturbo da uso di BDZ grave, insieme a un Disturbo Depressivo indipendente.*

#### **Valutazione alcolologica attuale: scale di misura**

AUDIT-C: scoring 27, Disturbo da uso di Alcol Grave

CIWA Ar: scoring 16 utile trattamento per i sintomi astinenziali

DSM-5: soddisfatti i criteri diagnostici per Disturbo da Uso di Alcol grave

PENN Alcohol Craving Scale (PACS): scoring 25, craving moderato

All'esame obiettivo si rilevano ansia moderata, craving moderato, insonnia iniziale e sonno frammentato, alvo frequente con scariche episodiche.

Il piano di trattamento è stato orientato al consolidamento del distacco da alcol ed alla gestione di sintomi di astinenza da alcol e da BDZ ancora presenti (insonnia, ansia, lievi tremori), alla impostazione di un trattamento motivazionale e psico-educativo intensivo per accrescere la consapevolezza delle condizioni di salute, rielaborare il lutto della moglie, ripensare ad avvicinare le figlie con credibilità.

Per questo è stato definito con Carlo e l'équipe clinica della Medicina Interna un piccolo adeguamento del dosaggio farmacologico in atto con Diazepam ed un trasferimento nel nostro Reparto di Riabilitazione delle Dipendenze, concretizzato a 7 gg dal ricovero in Medicina interna ed a 2 gg dalla consulenza.

#### **Ingresso nel Reparto di Riabilitazione delle Dipendenze a Rivolta d'Adda**

All'ingresso in Reparto gli esami ematochimici rivelavano:

AST 159 mU/ml; ALT 148 mU/ml; GGT 185 mU/ml, colesterolo tot. 273 mg/dl; folati 2,8; bilirubina tot. 1,8 g/dl; diretta 0,7 g/dl; ammoniemia 37 mg/dl; alcolemia inf. 10 mg/dl:

alcoluria, cocainuria, morfinuria e ricerca urinaria di cataboliti della cannabis negativi

ECG con BBDX e QTe nella norma.

*All'ingresso la terapia in corso era la seguente:*

Olmesartan 40 mg 1 cp; ore 8

Sereprile 100 mg 1 cp x 2; ore 8-20

Diazepam 15 gtt x 3; ore 8-14-20

Amlodipina 10 mg 1 cp; ore 20

Triazolam 0,25 mg; ore 21

#### **Ipotesi di trattamento farmacologico considerato**

Nella rivalutazione della terapia farmacologica sono stati considerati i seguenti principi attivi, tenendo conto della diagnosi, della misconosciuta dipendenza da BDZ, della modalità del craving improntata ad alleviamento dei sintomi psichici e a sollievo (*Relief Craving, Figura 1*):

- diazepam;
- sodio oxibato;
- acamprosato;
- pregabalin;
- gabapentin;
- baclofen;
- SSRI ad alta potenza.

*Fig. 1 - Modalità del Craving, correlati neurochimici ed orientamento farmacologico*

| Craving mode      | Circuiti neurochimici disregolati | Farmaci correlati        | Dosaggio consigliato              |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Reward Craving    | Dopaminergici<br>oppioidoergici   | Sodio oxibato            | 50 mg/kg/die                      |
|                   |                                   | Nalmefene                | 18 mg/die                         |
|                   |                                   | Naltrexone               | 50-100 mg/die                     |
| Relief Craving    | Gabaergici<br>Glutamatergici      | Sodio Oxibato            | 50 mg/kg/die                      |
|                   |                                   | Acamprosato              | 666 mg x 3/die                    |
|                   |                                   | Baclofen                 | 30-300 mg/die                     |
|                   |                                   | Pregabalin<br>Gabapentin | 150-300 mg/die<br>900-1800 mg/die |
| Obsessive Craving | Serotoninergici                   | Ondasetron               | 0,5 mg/die                        |
|                   |                                   | Topiramato               | 75-300 mg/die                     |
|                   |                                   | Aripirazolo              | 5-20 mg/die                       |
|                   |                                   | Sertralina               | 50-100 mg/die                     |
|                   |                                   | Vareniclina              | 2 mg/die                          |

#### **Trattamento farmacologico Prima settimana**

Diazepam: netto aumento di dosaggio da 3 mg x 3 die a 10 mg per 4 die

Sodio oxibato: 5,250 mg/die (1750 mg x 3) per 4 gg poi decalage giornaliero di 875 mg

Venlafaxina 75 mg RP 1 cp al dì

### **Trattamento farmacologico Seconda settimana**

Diazepam: decalage ogni 3 gg partendo da 10 mg x 3 die  
Sodio oxibato: 2625 mg/die (875 mg x 3) in graduale decalage fino a zero

Venlafaxina 75 mg RP 1 cp al dì

### **Trattamento farmacologico Terza settimana**

Diazepam: decalage a zero partendo da 10 mg 1 cp ore 22  
Acamprosato 333 mg 2 cp x 3/die

Venlafaxina 75 mg RP 1 cp al dì

### **Trattamento farmacologico Quarta settimana**

Acamprosato 333 mg 2 cp x 3/die

Venlafaxina 75 mg RP 1 cp al dì

### **Trattamento psico-educativo intensivo**

- 2 attività psico-educative in gruppo giornaliera (recupero cura di sé, gestione della quotidianità e delle relazioni interpersonali, gestione del denaro, motivazione);
- 3 sedute di psicoterapia in gruppo settimanale (aree di intervento: lutto della moglie, solitudine ed abbandono dei familiari, disistima, depressione, motivazione);
- 3 incontri di terapia multifamiliare in gruppo (rispecchiamento emotivo, condivisione dei vissuti, motivazione);
- 2 colloqui di psicoterapia di sostegno settimanale (ripresa ed approfondimento dei temi emersi nelle attività di gruppo).

### **Risultati attesi dal piano di trattamento**

Riduzione del craving, scomparsa dei sintomi di astinenza, miglioramento dell'ansia e del tono dell'umore.

Aumento della consapevolezza della sua condizione di salute e ritorno alla cura di sé.

Basi psicologiche per una rielaborazione del passato e per l'apprendimento di abilità di comunicazione interpersonale orientate all'ascolto dell'altro e dei suoi bisogni.

### **Risultato attuale**

Carlo dopo rivalutazione del trattamento farmacologico ha mostrato un progressivo ed evidente miglioramento del craving, ha riportato un netto miglioramento dell'ansia, del sonno e una regolarizzazione dell'alvo.

L'umore è gradualmente migliorato con ritorno di una socializzazione accettabile, riduzione del senso di colpa e piccoli progetti di ricostruzione di vita.

Dal lato psicoeducativo è stato più complesso raggiungere gli obiettivi attesi.

Gli incontri terapeutici in gruppo ed individuali ed attività psicoeducative quotidiane hanno permesso a Carlo di collegare il peggioramento delle sue condizioni di salute all'uso di alcol e farmaci ed alla sua difficoltà di chiedere ed accettare aiuto.

Carlo ha accettato e riconosciuto la sua Dipendenza da alcol, da farmaci e da tabacco ma è apparso più interessato alla risoluzione fisica dei suoi disturbi alcol-correlati.

La riabilitazione psico-emotiva è apparsa molto superficiale.

I tempi per accedere al nucleo di sofferenza profonda di Carlo paiono assai più lenti rispetto alla possibilità di un intervento di 4 settimane.

Per questo la nostra équipe ha ritenuto meritevole un consolidamento terapeutico proseguendo le cure in una struttura residenziale adeguata.

Nelle ultime due settimane il lavoro psicologico è stato orientato alla motivazione alla condivisione di un trattamento completo e continuativo sviluppato con un lavoro in rete con i colleghi del Ser.D. territoriale che lo accoglierà dopo la dimissione.

### **Discussione**

La situazione clinica di Carlo è apparsa degna di nota poiché ha stimolato la creazione di un trattamento integrato tra servizi territoriali per le Dipendenze, Medicina e Riabilitazione Ospedaliera e riabilitazione residenziale. Ha dimostrando che è possibile organizzare e gestire un trattamento, multidisciplinare e completo per il trattamento di persone con Disturbo da Uso di Alcol, anche tra servizi con orientamenti clinici diversi.

Spesso molti problemi di gestione clinica di condizioni di salute impegnative nascono dalla difficoltà di definire obiettivi chiari con il paziente, coerenti con lo stadio del suo disturbo e la gravità della sua condizione globale, e condivisi con una équipe larga, ovvero con tutti i professionisti che si occuperanno della persona.

In questo caso la definizione diagnostica, la scelta del trattamento farmacologico impiegato e la definizione di un piano psico-educativo riabilitativo sono state parte di percorso clinico confrontativo e integrato.

Sebbene la sindrome da astinenza da alcol e da farmaci rappresenti una costellazione di sintomi e segni significativi e disturbanti in proporzione alla quantità di alcol e farmaci assunta nelle ultime settimane ed alla durata della dipendenza, non sempre il trattamento farmacologico viene esplorato a fondo.

La minimizzazione e la sottovalutazione del paziente, unita a ridotte possibilità farmacologiche, inducono spesso i clinici che lavorano in un Servizio territoriale ad intraprendere trattamenti farmacologici poco efficaci per dosaggio, difficoltà del monitoraggio e durata del trattamento. Sebbene per persone con Disturbi lievi possano manifestarsi sintomi non disturbanti, la sospensione dell'assunzione alcolica in persone con Disturbi gravi espone a rischi internistici e psichiatrici che devono essere altamente considerati.

Nella nostra esperienza clinica la scelta di un trattamento detox ospedaliero dovrebbe essere sempre proposta a pazienti con Disturbo da Uso di Alcol grave o moderato che presentino una storia di convulsioni, delirium tremens, instabile condizione psichiatrica, disturbi internistici associati, o una associazione evidente con altro Disturbo da uso di sostanze o farmaci.

Nel nostro caso Carlo oltre ad una diagnosi di AUD grave, aveva un disturbo da uso di ansiolitici, un disturbo

depressivo trattato in modo discontinuo e problemi inter-nistici (epatopatia, ipertensione arteriosa).

L'indicazione ad una gestione ospedaliera per la detossificazione e per il craving era evidente.

Le benzodiazepine rimangono i farmaci di prima raccomandazione per la detossificazione da alcol e la gestione della sindrome da astinenza alcolica soprattutto in compresenza di un Disturbo da Uso di ansiolitici.

Il dosaggio dovrebbe essere regolato da un attento monitoraggio clinico e dovrebbe essere adeguato alla stima dell'uso corrente combinato di alcol e ansiolitici.

L'uso di sodio oxibato è stato considerato per modulare il craving, attenuare le complicità del distacco dall'alcol, riducendo la necessità di un dosaggio più impegnativo di Diazepam, e contribuire a migliorare la qualità del sonno. Il sodio oxibato è forse il più interessante medicinale per la regolazione del craving e la prevenzione dei sintomi di astinenza alcolica da considerare in molte situazioni cliniche ambulatoriali.

Acamprosato e naltrexone sono raccomandati come farmaci di prima linea nella prevenzione delle ricadute dopo un sufficiente consolidamento della astensione.

Abbiamo scelto di introdurre Acamprosato in terza settimana in concomitanza della conclusione del trattamento con Sodio Oxibato e dell'avvio dei primi contatti psico-sociali per la definizione del trattamento residenziale.

Questo per evitare un eccesso di attività glutammatergica ed un deficit di attività gabaergica. Acamprosato riduce la neurotrasmissione eccitatoria del glutammato ed aumenta quella inibitoria del GABA.

Per questi effetti è approvato per l'uso in AUD.

I risultati diventano però significativi solo a detossificazione raggiunta ed è per questo che è un medicinale da preferire in una fase di consolidamento di una astensione già raggiunta anche solo da pochi giorni e se l'obiettivo è il mantenimento di una durata e completa astensione.

Baclofen, gabapentin e topiramato sono farmaci potenzialmente interessati e utili, da considerare dopo attenta valutazione della storia personale.

In questo caso li abbiamo ritenuti opzioni di seconda scelta.

Il trattamento psico-educativo è stato organizzato in modo da svolgere una funzione stimolante per il cambiamento, accogliente e contenitiva per craving e bisogni relazionali.

Il contributo di questa parte della cura ha permesso di consolidare la motivazione e gli obiettivi di cura di sé necessarie a decidere di proseguire il trattamento a lungo termine in una struttura residenziale riabilitativa post-ospedaliera.

## Conclusioni

Una valutazione diagnostica multidisciplinare condivisa ed un piano di trattamento coerente con le necessità di cura di Carlo è stata definita e sviluppata con il contributo di una équipe larga, appartenente a diversi Servizi.

L'esito positivo del trattamento conforta questo approccio. La situazione clinica di Carlo e l'approccio terapeutico e riabilitativo integrato seguiti offrono un esempio operativo di come è possibile organizzare e gestire un trattamento multidisciplinare e completo, dalla fase di aggancio motivazionale e dalla terapia detox e a quella di stabilizzazione, ed alla fase riabilitativa psico-educativa. I collegamenti professionali e la condivisione clinica del percorso di trattamento con Carlo e tutti i membri dell'équipe di cura hanno garantito una continuità di trattamento coerente e temporalmente cadenzata sui bisogni del paziente.

I dati presenti ormai da anni in letteratura evidenziano come l'integrazione di cure farmacologiche, psicologiche e socio-educative siano l'approccio più efficace per affrontare i Disturbi da Uso di Alcol e da Sostanze e questo caso clinico conferma questa impostazione.

In questo momento storico i servizi di cura per le Dipendenze sono in particolare sofferenza di risorse e può apparire arduo raccogliere energie e colleghi per costruire una équipe clinica allargata per un lavoro integrato.

Tuttavia un caso come questo segnala di quanto sia valido lo sforzo e ci permette di riproporre un approccio clinico per sostenere la visione di una integrazione multidisciplinare tra servizi territoriali, ospedalieri e riabilitativi.

## Riferimenti bibliografici

- Koob G.F., Volkow N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, august, 3(8): 760-773.
- Mckay J.R. (2021). Impact of continuing Care on Recovery from Substance Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1).
- Mason B.J, Heyser C.J. (2021). Alcohol Use Disorder: the Role of Medication in Recovery. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1).
- Ray L.A., Roche D.J.O. Neurobiology of Craving: Current Findings and New Directions. *Current Addiction Report*. DOI: 10.1007/s40429-018-0202-2.
- Rolland B., Paille F., Gillet C. *et al.* (2016). Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: the 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, issued in partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 22: 25-37.
- Shen W.W. (2018). Anticraving therapy for Alcohol use disorder: a clinical review. *Neuropsychopharmacology Reports*, 38: 105-116.
- Witkiewitz K., Litten R.Z., Leggio L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5: eaax4043.
- Wolf C., Curry A., Nacht J., Simpson S.A. (2020). Management of Alcohol Withdrawal in the Emergency Department: Current Perspective. *Open Access Emergency Medicine*, 12: 53-65.
- WHO (2018). Global Status Report on Alcohol and Health 2018.

# Review sulla corretta determinazione laboratoristica dell'alcolemia e dei suoi marcatori biochimici

Susanna Melina\*, Santino Gratteri\*\*, Loris Rivalta\*\*\*

## Introduzione

Certamente il problema della valutazione dell'alcolemia e dell'abuso di alcol, come, per altro, quello delle droghe in senso generale, rimane un problema spinoso sia dal punto di vista clinico metabolico che dal punto di vista laboratoristico.

Una delle cattive abitudini che in Italia si riscontrano, per quanto riguarda, ad esempio, i pronto soccorsi, è che, invece di applicare la legge e fare prima una valutazione clinica (che è l'unica ad avere un valore medico legale definitivo), si demanda spesso il problema alla sola determinazione laboratoristica che, invece, dovrebbe avere solamente un valore di conferma del dato clinico.

È, infatti, il dato clinico che ci rivela l'azione dell'alcol e/o ed ancora di più delle droghe sul cervello o meglio sui suoi recettori interessati e non il dato laboratoristico.

Anzi, questo, spesso è eseguito ed interpretato male, ad esempio, senza considerazione farmacocinetica e con difficoltà interpretative evidenti per chi non è addentrato profondamente nella problematica farmaco-tossicologica e recettoriale.

Questa prassi, di per se inconsueta, potrebbe avere conseguenze giuridiche gravi come la sottovalutazione o la sopravvalutazione dello stato di alterazione cerebrale indotto dalla droga (più che dall'alcol che è molto più evidente e noto) e quindi della relativa sanzione da applicare.

Esempio, di quanto sopra indicato, sono l'assunzione e la valutazione dei cannabinoidi e quella della cocaina.

I cannabinoidi, infatti, è possibile reperirli come THC e/o THC COOH nel sangue per al massimo un'ora, un'ora e mezza, periodo in cui si distribuiscono nei grassi corporei e da cui vengono rilasciati lentamente.

Tale dato fa sì che nel sangue, anche con le metodiche più sofisticate, essi non siano valutabili bene, rispetto alla loro azione sul cervello (recettori CB1) che invece dura per almeno 4 ore. (anche per questo la clinica è essenziale).

*Questo periodo è valevole solo per le manovre grossolane, come quelle della guida, ma se facciamo riferimento alle manovre fini che sono imposte ad esempio, per la conduzione di aeromobili, studi americani condotti su simulatori per partenze ed atterraggi di aerei rivelano influenze sui movimenti fini fino a 12-24 ore.*

\* Professore di Medicina legale. Facoltà di Medicina. Università di Catanzaro.

\*\* Docente di Tossicologia Forense Scuola di specializzazione in Medicina legale. Università di Catanzaro.

\*\*\* Biotecnologa.

Si capisce bene come la clinica sia necessaria ma anche come, in tale caso e solo in tale caso, una valutazione dei valori urinari entro le 4 ore dall'uso, mostri un picco nettamente superiore a 150 ng/ml di THC COOH.

Quindi nel caso di uso o valutazione di soggetti che hanno usato cannabinoidi si ritiene idoneo anche un prelievo di urine mentre per tutte le altre droghe potrebbe essere fuorviante.

*Ribadiamo comunque che è sempre la evidenza clinica il principale criterio per valutare l'effetto psicotropo.*

*Inoltre, non è rara, la condizione opposta ovvero trovare solo il metabolita THC COOH che, a determinate condizioni, potrebbe permanere presente (sempre a basse concentrazioni) per lento rilascio dai tessuti adiposi.*

Riassumendo, quindi:

1. trovare THC e THC COOH nel sangue è un dato laboratoristico molto specifico per indicare un uso recente ed un effetto sul cervello;
2. trovare THC COOH nel sangue con un ulteriore reperto di THC e THC COOH nelle urine a livello di valori di picco molto probabilmente siamo ancora entro le 4 ore in cui i cannabinoidi incidono sul cervello;
3. trovare tracce di THC COOH nel sangue con valori dello stesso inferiori a 100 ng/ml nelle urine molto probabilmente siamo fuori dall'effetto sul cervello;
4. ed infine trovare THC COOH solo nelle urine a valori sotto i 100 ng siamo sicuramente fuori da un effetto cerebrale.

*Tutto questo discorso è indicativo perché è comunque soggetto alla clinica e serve solamente per conferma di questa e non il contrario.*

Nel caso della cocaina, invece, laboristicamente parlando l'interpretazione è esattamente opposta.

Ovvero la cocaina rimane nel sangue sopra il cut off per 6/8 ore ma il suo effetto sul cervello e quindi sui recettori D1 e D2 e stereoisomeri non dura più di 60-90 minuti in fase "UP" e 30-60 minuti in fase "DOWN".

*Il tutto porta di conseguenza a evidenziare che il suo effetto sulla guida si conclude entro 2 ore nonostante la presenza di cocaina e, ancor più del suo metabolita principale benzoilecgonina nel sangue si può protrarre per 6-8 ore per la cocaina e oltre le 12-18 ore per la BEG.*

*Anche qui, la valutazione andrebbe fatta tenendo conto del tempo di emivita della cocaina e del rapporto cocaina/BEG.*

*Quando questo parametro ha superato le 2/3 emivite ovvero 1 parte di cocaina e 3 parti di metabolita la sua azione sui recettori e quindi sul cervello si può considerare ampiamente conclusa.*



Anche in questo caso comunque siccome la BEG permane per più tempo nel sangue, soprattutto in soggetti cocainomani veri che fanno BINGE, cioè assunzioni plurime, si possono avere concentrazioni di BEG elevate che mascherano il rapporto con la cocaina e quindi la reale tempistica. Per cui è importante sottolineare che il laboratorio può, anzi deve, essere usato per conferma della evidenza clinica ma la diagnosi finale deve e può essere solamente clinica.

Rimarcare tali concetti è importante perché dalle numerose personali esperienze in ambito tossicologico-forense, è fondamentale relazionare, anche a livello giuridico e con certezza medicolegale, l'evidenza di un assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, al fine di poter essere di aiuto nelle casistiche quali: rilascio patente, aiuto medico e psicologico per la dipendenza, ecc.

## Passiamo ora all'alcol

Sembra inutile ricordare che un uso corretto di sostanze contenenti alcol, come ad esempio il vino, in quantità modeste (1 UA a pasto ovvero 125 ml) soprattutto se rosso, visto i contenuti di tannini, resveratrolo, polifenoli, ecc. non debba essere criminalizzato, anzi tutt'altro, anche se mangiare uva o bere succo d'uva non fermentato sia sicuramente preferibile.

Vedere, però, giovani che si ubriacano con alcolici o superalcolici non è certo molto edificante.

Io credo, però, che il fenomeno, per le complicazioni sulla loro stessa salute, debba essere controllato e possibilmente eliminato, *più con metodi di educazione sanitaria che con repressione, che di solito, soprattutto nei giovani, sortisce l'effetto opposto.*

Veniamo ora allo scopo di questo lavoro che è quello di evidenziare le corrette operazioni di prelevamento, i corretti metodi di laboratorio ed i marcatori più o meno noti del monitoraggio dei soggetti etilisti o presunti tali.

### *Il prelievo o meglio i prelievi*

Il prelievo, per il dosaggio dell'alcolemia, va eseguito a seconda dello scopo che il medico si prefigge.

In qualsiasi caso, comunque, la precauzione importante è la disinfezione della cute, che non va assolutamente eseguita con alcol ma con una sale di amina quaternaria o acqua ossigenata, onde evitare sovrastima da inquinamento alcolico esterno.

Se lo scopo è medico legale, *va attivata la catena di controllo*, per cui i prelievi sono due, anzi tre:

il primo per l'esame di screening e si preleva il sangue in provetta asciutta per avere siero da analizzare con metodica di primo livello tramite determinazione enzimatica routinaria.

Il secondo invece va prelevato come plasma su provetta eparinata in modo da avere *plasma ovvero sangue intero* per una analisi di secondo livello.

Questa dovrebbe essere eseguita in spazio di testa su strumentazione adeguata di secondo livello ovvero, ove possibile tramite spazio di testa abbinato o a FID o a GC MS;

oppure, sempre in spazio di testa, ma tramite vials da 10 ml e fibra SPME adeguata che poi va anche questa immessa nell'iniettore del FID o del GC-MS.

*Il terzo è identico al secondo e va sturato preferibilmente a -20 °C per eventuali controanalisi a disposizione delle autorità giudiziarie interessate.*

Questa procedura può essere, evitata o comunque limitata, solamente quando l'intenzione del medico abbia fini solamente di controllo ed in questo caso anche la sola determinazione enzimatica di primo livello è sufficiente a dare una informazione più o meno corretta dell'abuso.

*Si fa presente, comunque, che il primo prelievo di solito, mancando di parte corpuscolata, concentra l'alcol nel siero che mediamente risulta con una sovrastima del 15-25% per diminuzione del volume.*

Infatti esso arriva al cervello come sangue intero e quindi è *volumetricamente* più diluito di quello dosato nel siero, anche perché contiene anche la parte corpuscolata.

*Quindi il dato non è considerabile accurato ma solo molto indicativo.*

L'errore accettabile per determinazioni medico legali dovrebbe essere con valore del CV inferiore al 5% come si ottiene di solito sia con il FID che con il Massa.

Discorso diverso, può essere fatto invece se si vuole monitorare un soggetto etilista, in tale caso sapendo che il dato è tecnicamente, lievemente incrementato ci sembra superfluo, non essendoci implicazioni medico legali serie, utilizzare strumentazione altamente professionale come nel precedente scopo anche perché, di solito, lo si ripete con la stessa metodica di primo livello e quindi, sapendo che è lievemente aumentato è perfettamente correlabile con le determinazioni precedenti.

Inoltre come vedremo ci sono ben altri parametri meno variabili e più attendibili che monitorizzano l'eventuale uso di sostanze alcoliche.

## Cenni di farmacologia

L'etanolo è una molecola neuro-psicotropa euforizzante/deprimente a seconda della dose sul SNC; esso viene assorbito per circa il 70-75% nello stomaco e per il 20-25% nel duodeno e solamente il 5% tra tenue e colon.

La sua velocità di assorbimento varia di molto a seconda della quantità assunta, della presenza di cibo nello stomaco, del numero di dosi, dello svuotamento gastrico, digiuno, ecc. In quest'ultimo la velocità di assorbimento è molto alta (in circa 1 h si assorbe quasi tutto) mentre mediamente a stomaco pieno esso viene assorbito entro 2-6 ore.

Il picco alcolemico nel sangue lo si ha tra i 30 e 45 minuti e di solito viene smaltito tra le 4 e le 6 ore (a volte anche più, specie nelle donne le quali lo metabolizzano molto più lentamente per deficit enzimatici strutturali).

*Il primo processo metabolico inizia già nello stomaco con l'alcol deidrogenasi e formazione di acetaldeide ma poi prosegue nel fegato tramite tre principali meccanismi:*

- 1. la già accennata alcol deidrogenasi (che in toto metabolizza circa il 90% dell'etanolo immesso);*
- 2. il MEOS (sistema microsomiale epatico);*
- 3. la Catalasi.*

Questi ultimi due sistemi sono dedicati ed attivi soprattutto negli etilisti cronici e sono piuttosto deficitari nel sesso femminile (vedi sopra) ma soprattutto, queste ultime, hanno un grosso deficit di alcol deidrogenasi gastrica che porta a una metabolizzazione più lenta del 30-35% rispetto ai maschi.

Con questo non vogliamo dire che dovremmo essere più tolleranti con il sesso femminile ma, sicuramente, dovremmo però fare campagne di informazione verso questo sesso.

Inoltre, visto che gli effetti per il cut off di 0,5 gr/l sostanzialmente si riducono al cosiddetto effetto tunnel elevare lievemente (ma non tanto) il loro cut off ad esempio portarlo, visto il loro deficit metabolico, a 0,6 gr/l.

A tale proposito vorremmo ricordare con una tabella come rendersi conto dello stato alcolico di un paziente (tolleranza a parte).

#### Tasso alcolemico e sintomi correlati

| Alcolemia (g/l)* | Effetti (indicativi)**   |
|------------------|--|
| 0,2              | Socievolezza, espansività, rossore in volto  |
| 0,5              | Diminuzione dei freni inibitori, riduzione visione laterale effetto tunnel   |
| 0,8-1,2          | Azione depressiva sui centri motori, perdita dell'autocontrollo e disturbi dell'equilibrio, ebbrezza                                 |
| 1,2-2,0          | Vera e propria ubriachezza, andatura barcollante   |
| 2,0-4,0          | Perdita del tono muscolare, indifferenza all'ambiente circostante, assenza di reazione agli stimoli, immobilità, mutacismo, nistagmo |
| > 4,0            | Inconscienza e coma, depressione respiratoria e cardiovascolare, morte   |

\* L'alcolemia indica i livelli di alcol nel sangue e dipende in prima istanza dalla qualità e dalla quantità degli alcolici assunti.

\*\* Indicativi, poiché, a parità di alcolemia, gli effetti dell'alcol dipendono dalla tolleranza individuale alla sostanza; negli alcolisti, ad esempio, la gravità dell'intossicazione è minore, mentre gli adolescenti e le donne possono andare in coma etilico già superando i 2,5 grammi per litro; nei bambini alcolemie superiori ai 2 grammi/litro possono risultare fatali.

La velocità di ossidazione è direttamente proporzionale al peso della persona ed a quello del fegato in condizioni salutari.

Mediamente nell'uomo adulto la velocità si aggira intorno ai 100 mg/kg/ora (7 gr/ora) ma con una capacità teorica di circa 340 gr/ora in soggetti particolarmente, diciamo dotati.

Tralasciando le varie attività nei vari tessuti, dei vari isoenzimi dell'alcol deidrogenasi e le varie km dei vari isoenzimi (da 33 a 600 mm) possiamo dire che la FPM media sia 5-6 mm/l/ora che corrispondono ad una metabolizzazione media del 20/30% ora dell'alcol introdotto ovvero ad una diminuzione della alcolemia pari a 15-20 mg/dl ora o se preferite 0,15-0,2 gr/l ora.

*Aggiungiamo delle tecniche utili per valutare, anche dopo ore, la quantità di alcol ingerito, e alleghiamo a fine articolo alcune tabelle utili.*

*Ecco il vero scopo di questa review e cioè la parte del laboratorio che riguarda il monitoraggio dell'alcol e degli alcolisti e soprattutto i marcatori biochimici e la loro giusta interpretazione.*

Abbiamo premesso che i principali scopi della determinazione dell'alcol nel sangue o in altri liquidi biologici sono diversi e variano dalla dimostrazione di abuso alcol emico acuto recentissimo (vedi incidenti stradali) al controllo medico degli etilisti, alla dimostrazione di uso o abuso nel tempo o meglio definito cronico (vedi indicazioni verso la commissione dell'Azienda sanitaria che rilascia l'autorizzazione per la patente sia la prima volta sia dopo ritiro).

Inoltre, esiste anche uno scopo prettamente medico legale, nella valutazione di uso o abuso pre-morte rilevabile in tempo post mortem e sue implicazioni giuridiche.

In linea generale il laboratorio può dare il suo contributo in tutti gli scopi ma con diversi marcatori più o meno sensibili e a seconda delle sue capacità offrire un quadro biochimico più o meno completo ma scientificamente accettabile.

*Per essere più chiari facciamo alcuni esempi*

Come già anticipato se vogliamo verificare l'uso o l'abuso acuto durante la guida potremmo considerare i seguenti parametri con relative critiche.

#### L'etanolemia

L'etilometro cioè la presunta verifica della alcolemia nel respiro.

*In realtà questo dato potrebbe essere accettato solamente come screening iniziale.*

Esso, infatti, ha ben poca validità scientifica sia per la alta variabilità di risposta tra le persone, contro invece la standardizzazione del rapporto 1:2100 che sostanzialmente, purtroppo, in realtà, potrebbe variare mediamente da 1:1000 fino ad 1:3200 con punte estreme comprese tra 1:750 ed 1:7320, sia perché lo strumento subisce variabilità sia ambientali che fisiologiche come quelle dovute alla aspirazione ed alla espirazione sicuramente soggettive e non paragonabili a criteri fissi.

Di fronte a tale variabilità dare una validità scientifica al dato etilometrico è come, se non peggio, validare scientificamente quali-quantitativamente un dato immunometrico sulle droghe.

Quindi accettiamo tale dato come screening ma, in caso di positività, per essere scientificamente accurati rivolgiamoci alla determinazione in spazio di testa sia in FID che in GC-MS o similari) ed al limite, se non si hanno queste tecniche a disposizione, utilizziamo la determinazione enzimatica sapendo però che mediamente si tende a *sovrastimare il dato del 20-25%*.

Facciamo una piccola ma importantissima annotazione: in alcuni casi medico legali, quando potrebbe esserci il sospetto di neogenesi di alcol da putrefazione, combustione o scarsa conservazione del prelievo è assolutamente essenziale verificare tramite anche la semplice presenza o il giusto rapporto con l'etanolo la acetaldeide.

Non esiste, infatti, una assunzione di alcol senza la presenza del suo principale metabolita acetaldeide che come noto è indice di passaggio nello stomaco e nel fegato.

*Nei casi suddetti, in cui ci siano le problematiche sovraesposte, l'assenza o comunque la presenza di acetaldeide*

*non confacente al metabolismo dell'alcol, una eventuale anche alta determinazione alcolemica non può aver significato di assunzione esogena ma solo di neoproduzione sotto varie forme di etanolo di altra origine.*

Esistono altri marcatori specifici anche dell'uso acuto oltre al suddetto?

Certamente non solo esistono ma sicuramente hanno maggiore validità nel medio e lungo periodo del dato etilometrico (ma non di quello cromatografico).

Tra i più noti ricordiamo l'*Etilglicuronide* e l'*Etilsolfato*.

Certamente, ad esempio, l'*etilglicuronide* ematico è un ottimo marcatore sierico con una specificità del 100%, ma, essendo un *metabolita precoce* dell'alcol, non permette di indicare, nel tempo, il tasso esatto né la finestra di rilevazione esatta.

Ad esempio, per chiarire meglio il concetto, in un eventuale incidente, esso persiste alterato in un periodo successivo che, per il sangue, risulta compreso tra le 6 e le 12/14 ore dalla assunzione alcolica.

In altre parole sarebbe preferibile dosare l'alcolemia entro le 6-8 ore dall'assunzione e, nel caso in cui l'alcol dopo 6-8 ore non sia più rilevabile, fare riferimento all'*ETG* sierico se invece vogliamo una idea ancora tempo dopo (2-5 giorni) è meglio ricorrere all'*ETG* urinario che può permanere alterato per circa 5 giorni sopra i 500 pg/ml.

Stessa cosa potrebbe essere detta per l'*Etilsolfato*.

Anche qui, nel caso di neoproduzione alcolica post mortem, la valutazione di *ETG* di genesi fisiologica è di valido aiuto per la discriminazione tra assunzione e neoproduzione.

### **Il Fosfatidiletanolo (PEth)**

Altro marcatore, poco conosciuto, ma altrettanto efficace è il *Fosfatidiletanolo (PEth)*.

Esso in realtà è parte importante degli esteri etilici degli acidi grassi (FAEE) è rilevabile già dopo 30 minuti dalla assunzione *alcolica* è *direttamente proporzionale a questa*.

Esso, però, soffre dello stesso problema, anzi più prolungato, del *ETG* in quanto permane alterato fino a 2-3 settimane dalla assunzione medesima.

Per questo motivo nei paesi più evoluti sta sostituendo, come marcatore temporale, la più conosciuta *CDT*.

Ad esempio, per descriverne la sua attendibilità, mentre *ETG* e *CDT* sono difficilmente stabili e misurabili su sangue secco, il *Fosfatidiletanolo* è *perfettamente stabile e rilevabile per 2-3 settimane anche su sangue essiccato e /o lievemente deteriorato*.

Sostanzialmente però sia l'*ETG* che il *PEth* (più quest'ultimo) sono in grado di dimostrare, anche a medio termine, un abuso di sostanze alcoliche sicuramente sopra i limiti di legge, ma non di evidenziare un dato accurato nel momento dell'incidente.

Hanno comunque altri vantaggi nell'allungamento del monitoraggio temporale.

## **I marcatori per il consumo cronico**

Ne faremo qui una breve, ma utile esposizione, iniziando dall'*etilglicuronide*, l'*etilsolfato* ed il *fosfatidiletanolo* che, come già sopraindicato, se dosati nelle urine forniscono rispettivamente un monitoraggio di abuso per 5 giorni per *ETG* ed *ETS* e di circa 2-3 settimane per *fosfatidiletanolo*.

Inoltre, vorremmo ricordare come l'*ETG* ed i *FAEE*, sono dosabili anche nelle matrici cheratiniche (capelli, peli pube, ecc.), e come per le sostanze d'abuso, posso essere certamente un valido aiuto nel monitoraggio degli etilisti e nelle decisioni prese a carico di questi dalle commissioni medico legali.

In altre parole si può seguire nel tempo l'uso o meglio l'abuso di alcol esattamente come si fa per le sostanze stupefacenti.

È infatti dimostrato che per valori di *ETG* superiori a 30 pg/mg la determinazione indica con molta probabilità un abuso di alcol superiore a 60 gr/die; valori inferiori, ma presenti, indicano un uso moderato che potrebbe rientrare nella categoria dei fruitori consapevoli delle sostanze alcoliche.

I *FAEE* inoltre possono individuare nel tempo anche i vecchi assuntori delle suddette sostanze soprattutto se nella analisi si trovano quantità discrete di *etiloleato*.

Detto ciò passiamo ai marcatori più comuni e più o meno noti ed efficaci.

## **Iniziamo con la YGT**

La vecchia *YGT* è, e rimane, uno dei marcatori tra i più efficaci dell'abuso alcolico in presenza sia di danno epatico che anche senza danno epatico.

Essa viene indotta dall'alcol e dai suoi metaboliti ed i suoi livelli sierici rimangono alterati per almeno 20-30 giorni.

*Purtroppo pur essendo molto sensibile è altrettanto molto aspecifica.*

Questo enzima ed i suoi isoenzimi (o isoforme che si voglia dire), infatti, possono incrementare aspecificamente con uso di farmaci o tossici enzimoiducanti (del complesso P450), patologie epatiche non alcol correlate, alcune patologie extraepatiche rilevabili (vedi tramite isoforme) e chiaramente anche in danni epatici alcol dipendenti.

Se è pur vero che l'anamnesi clinica e la strumentazione diagnostica oggi è in grado di differenziare l'origine delle patologie su indicate è altrettanto vero che non sempre questa procedura senza un laboratorio capace ed attrezzato può dare risultati veritieri.

Per questi motivi principali che ne limitano l'uso nella diagnostica differenziale essa viene oggi usato principalmente nel verifica della desuefazione degli etilisti.

### **Isoenzimi della YGT**

Lo studio elettroforetico della *YGT* presenta mediamente 5 isoforme (*YGT1-YGT 5*) e nel soggetto sano, sono presenti soprattutto le frazioni *ISO YGT 2* e *ISO YGT 3* mentre in casistica patologica sono evidenti le isoforme 1, 4 e 5.

Negli etilisti tende ad essere presente a valori più alti la frazione 2 (epatico biliare e pancreatica) per induzione alcolica ed un rapporto diverso tra isoforme 2 e 3.

### **MCV**

Un incremento del volume cellulare medio (*MCV*) si verifica nel 65-90% degli etilisti cronici ed è determinato

dall'effetto dell'alcol sulle membrane cellulari (formazione di esteri etilici degli acidi grassi contenuti nei trigliceridi di membrana) che porta a maggior fluidità della membrana stessa e quindi a dilatazione e interferenza dell'alcol sullo assorbimento intestinale e sul metabolismo dell'acido folico.

Ma anche in questo caso la specificità è ridotta dalla ossibilità di falsi negativi (iposideremia, microcitemie, le *malattie croniche* come celiachia, infezioni, collagenopatie e neoplasie) e falsi positivi (carenza di vit. B12 e folati, anemie macrocitarie, ecc.).

Ora se invece associamo la valutazione combinata di YGT e l'MCV in mancanza di altri parametri la specificità sale ad oltre il 90% quindi in mancanza di altro l'abbinamento dei parametri suddetti potrebbe anche essere utilizzato in diagnostica differenziale.

Tale dato è propedeutico per chi non ha a disposizione un laboratorio attrezzato ma andrebbe confermato da una valutazione di un centro regionale di tossicologia a meno che non si abbiano sufficienti dati clinici obbiettivi e/o una storia clinica pregressa provata.

### *ALDH (aldeide deidrogenasi) e ADH (alcol deidrogenasi)*

Altro enzima, poco noto, ma efficace è la *Aldeide deidrogenasi eritrocitaria*.

Tale enzima risulta ridotto nei pazienti etilisti e tende a riportarsi nella norma solo dopo seria e prolungata astensione dall'alcol.

Quindi la sua determinazione risulta efficace sia nel monitoraggio dell'abuso di alcol attivo che nel monitoraggio dello stato di astinenza.

Al contrario la *ADH (alcol deidrogenasi)* non è considerabile come marcatore della abuso alcolico recente ma solamente come ottimo marcatore dei danni epatici da alcol e non solo. Ricordiamo che anche la *GLDH (glutammico deidrogenasi)* è un buon marcatore della necrosi epatica per cui può, ove difficile trovare chi dosi i sopradetti, essere utilizzato come indice di necrosi epatica.

Questi, infatti, incrementano nel siero, insieme a AST ed ALT nelle maggior parti delle epatopatie alcoliche e non; ma la loro valutazione insieme a quella della AST è notevolmente diagnostica per il monitoraggio del danno epatico.

### *Il dolidocolo urinario*

Francamente non sappiamo con quale meccanismo aumenti il dolidocolo urinario nei soggetti etilisti quello che sappiamo è che questo dato risulta particolarmente utile nella verifica dei neonati da madre etilista e nel controllo dei pazienti in desuefazione alcolica.

Non essendo molto utilizzato non si hanno molto dati in merito ma sicuramente avendo una emivita lunga sappiamo che i suoi valori si normalizzano mediamente dopo due settimane dalla astinenza alcolica.

### *Addotti proteici*

Gli addotti proteici, in realtà sono delle proteine, che tendono a legare molecole metaboliche dell'alcol ed in particolare la acetaldeide di derivazione etilica con legami più o meno stabili (da amminico ad imminico), per cui anche se probabilmente ottimi indicatori la loro scarsa stabilità ne compromette un uso su larga scala.

Tali proteine sono principalmente l'emoglobina, l'actina, la spectrina, ecc.; ma quella più utilizzata è certamente l'emoglobina.

Infatti l'acetaldeide risulta almeno 10 volte più concentrata negli eritrociti che non sul siero ma difficoltà di dosaggio e la scarsa stabilità nel tempo ne fanno un campo a tutt'oggi di ricerca ma scarsamente fruibile.

### *Uso delle isomorfe della AST (GOT)*

Anche se, come nel caso precedente, le difficoltà di esecuzione delle suddette analisi sono di un certo livello; la semplice determinazione della *AST(GOT)* totale anche nel rapporto con la *ALT (GPT)* risulta piuttosto aspecifica per la diagnostica laboratoristica degli etilisti, quindi la determinazione delle isoforme viene spesso riservata più a studi in centri specializzati per le valutazioni epatiche.

Infatti, pur essendo la sua utilità elevata nel 92% degli etilisti, però si può presentare alterata anche ed oltre il 50% degli epatopatici.

Tale aspecificità viene limitata dallo studio del rapporto tra *GOT m* (isoforma mitocondriale) e *GOT* totale, rapporto che, invece, assume un significato diverso in quanto tanto più alta è l'isoforma mitocondriale tanto più probabile è che il danno sia di origine alcolica.

In tali condizioni la specificità che era mediamente del 50% può raggiungere e superare il 70-75% e relegare solo al 25% quella attribuibile alle patologie epatiche non alcol dipendenti.

Quindi lo studio degli isoenzimi o che si voglia dire isoforme potrebbe avere un suo spazio di utilità nella valutazione sia del danno che della astinenza raggiunta a breve e medio termine.

### *Valutazione della mallonildialdeide*

La mallonildialdeide deriva dalla perossidazione lipidica indotta sulle membrane plasmatiche dai derivati metabolici ossidati dell'alcol (perossidi, etossidi, acetaldeide, ecc.).

*Essa risulta più elevata in tutti gli etilisti, sia senza che con danno epatico, ma essendo un prodotto epatico essa, in presenza di un danno funzionale grave tende ad abbassarsi.*

*Risulta quindi piuttosto utile in una valutazione funzionale biochimica del danno epatico da alcol.*

## Beta-esosaminidasi e suoi isoenzimi

La beta-esosaminidasi è un enzima tipico delle cellule epatiche (epatociti) ma in particolare molto presente nelle cellule non parenchimali (cellule dei capillari endoteliali, di Kupffer, ecc.).

Un suo incremento nel sangue ha il significato soprattutto di inizio di lesione epatica o anche solamente di problematiche di flusso soprattutto biliare.

La sua utilità è più rivolta a varie altre patologie e/o stati fisiologici come epatiti, ipertensioni, diabete, tireotossicosi, ecc. o anche semplicemente gravidanze.

Però è pure utile nello screening e nella valutazione dei forti bevitori, ove il suo incremento è indice di inizio di abuso reale.

In altre parole è un buon marcatore (superiore anche alla YGT) per individuare che beve pesantemente (incremento) e chi invece sta realmente entrando in astinenza.

Infatti mentre l'incremento è correlato all'abuso, dopo un controllo di una settimana di decremento, diventa un buon indicatore di desuefazione.

*Altrettanto utili sono le informazioni che fornisce il comportamento dell'isoenzima B che aumenta rapidamente negli alcolisti, individuando un consumo abusivo recente e, con un tempo molto breve di rientro (2-4) giorni, un controllo repentino sulla assenza di abuso.*

## L'idrossitriptololo (5 HTLOL)

L'idrossitriptololo è in rapporto molare con l'acido 5 idrossiindolacetico (HIAA) ed entrambi sono prodotti finali escretivi della serotonina.

L'uso di alcol, ma ancora di più l'abuso di questo sposta il rapporto molare, normalmente a favore della 5 HIAA, verso una maggiore produzione di 5 HTLOL e tale spostamento è direttamente proporzionale alla quantità di alcol utilizzata.

*Il vantaggio di questo dato è che permane stabile per diverse ore anche dopo che il livello ematico del alcol è tornato a 0 un eventuale anche singolo eccesso di assunzione alcolica.*

Purtroppo esistono anche interferenze genetiche o diete che alterano i rapporti tra 5 HTLOL e 5 HIAA ma si è stabilito che il cut off di HTLOL/HIAA maggiore di 20 corrisponde ad una assunzione recente di alcol maggiore di almeno 20 gr/die.

Tale dato, pur non essendo, attendibile come l'etanolemia ci permette però di ipotizzare un consumo recente di almeno 2 UA di alcol che di solito corrisponde ad un valore maggiore di 0.5 gr/l limite dell'art 187 per valutazioni quanto meno giornaliere.

Ultimo marcatore è forse il più noto ed utilizzato nella valutazione a medio termine dell'abuso alcolico: **la CDT o transferrina desializzata**.

Tralasciando tutta la biochimica e fisiologia di tale molecola ricordiamo solamente che la transferrina, molecola trasportatrice di ferro, esiste in ben 8 isoforme ma che normalmente nel sangue sono reperibili e dosabili solamente

5-6 isoforme ed esattamente la 2 (0,3-1,7%), la 3 (2-5%), la 4 (65-80%), la 5 (13-18%) e la 6 (0,5-3,5%); inoltre, esiste, ma è scarsamente visibile e dosabile anche la asialo cioè la proteina senza gruppi neuroaminici.

Detto ciò, si individua la associazione 0 + 2 sialo, come transferrina desialata (CDT) tale dato quando supera a seconda del metodo l'1,7% o il 2% viene considerato come indicatore di abuso alcolico superiore agli 50-80 gr/die (mediamente 60 gr/die).

Tale affermazione deriva dal fatto che l'alcol e ancor di più il suo metabolita acetaldeide interferisce nella reazione enzimatica di glicosilazione della proteina (sializzazione proteica) aumentando la percentuale di CDT sialoproteina presente nel sangue.

Tale fenomeno tende a normalizzarsi, verso valori inferiori allo 1,7-2,2% (a seconda delle metodiche applicate) solo mediamente dopo 14-28 giorni quindi sembrerebbe il marcatore ideale per il controllo degli etilisti.

Ma non è proprio così, infatti, anche la CDT ha i suoi bei limiti e vediamo di elencarli in ordine di importanza.

Intanto è certamente più specifica ma meno sensibile della YGT e poi non è raro trovarsi di fronte a falsi positivi specialmente in alcune patologie.

Infatti alterazioni della CDT possono essere dovute non ad eccesso di abuso alcolico ma ad altri fattori tra cui ricordiamo principalmente:

- epatopatie acute e croniche (cirrosi, steatosi, epatiti virali, ecc.);
- anemie (ipertrasferrinemie);
- uso di anticoncezionali;
- alcune malattie neurologiche;
- SDG (sindrome genetica da deficit di sialil trasferasi (valori > 10-12%);
- trapianti renali e pancreatici;
- varianti genetiche (calcolo per interpolazione);
- squilibri estrogenici.

D'altra parte è pure vero anche il contrario e cioè sottostime sono possibili come nelle ipersideremie con ipotrasferrinemia, in alcune varianti genetiche (veramente quasi tutte).

Infatti succede che, l'allele variato geneticamente, spostandosi, sul tempo di migrazione della 3 sialo o a volte della 4 sialo dimezzando, più o meno il suo reale valore.

In tali casi si tende a raddoppiare empiricamente e molto teoricamente il primo picco ottenendo spesso valori falsati.

In questi casi sarebbe preferibile ricorrere alla determinazione dell'ETG urinario seriale (per 1 volta in tre settimane consecutive) o ancora meglio al fosfatidiletanololo sia nel siero o nelle urine.

Sarebbe inoltre possibile eseguire quello su matrice cheratinica, oggi abbastanza comune, per chi ha a disposizione un laboratorio competente.

A questo punto è chiaro che un solo marcatore perfetto per il controllo e il monitoraggio dell'uso o abuso di alcol non esista per cui visto quanto sopra sarebbe auspicabile l'uso di più marcatori mirati allo scopo che ci prefiggiamo.

Inoltre, chiaramente la clinica sovrasta tutto e tutti i metodi e soprattutto oltre al laboratorio, le analisi strumentali possono pure dare il loro contributo decisamente importante nel chiarire vari dubbi diagnostici.

Tab. 1 - Quantità di alcol e apporto calorico di alcune bevande alcoliche

| Bevanda alcolica                                       | Misura standard | Quantità (ml) | Contenuto di alcol (g) | Apporto calorico (kcal) | Unità alcoliche (U.A.) |
|--|-----------------|---------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Vino da pasto (12 gradi)                               | 1 bicchiere     | 125           | 12                     | 84                      | 1                      |
| Vino da pasto (11 gradi)                               | 1 bicchiere     | 125           | 11                     | 77                      | 0,9                    |
| Vino da pasto (13,5 gradi)                             | 1 bicchiere     | 125           | 13                     | 91                      | 1,1                    |
| Birra normale (4,5 gradi)                              | 1 lattina       | 330           | 12                     | 100                     | 1                      |
| Birra doppio malto (8 gradi)                           | 1 boccale       | 200           | 12                     | 170                     | 1                      |
| Vermouth dolce (16 gradi)                              | 1 bicchierino   | 75            | 10                     | 113                     | 0,8                    |
| Vermouth secco (19 gradi)                              | 1 bicchierino   | 75            | 10                     | 82                      | 0,8                    |
| Porto, aperitivi (20 gradi)                            | 1 bicchierino   | 75            | 12                     | 115                     | 1                      |
| Brandy, cognac, grappa, rhum, vodka, whisky (40 gradi) | 1 bicchierino   | 40            | 13                     | 94                      | 1,1                    |

Tab. 2 - Valori indicativi di alcolemia (gr di alcol per litro di sangue) in funzione della quantità di alcol ingerito (espressa in U.A.) e del tempo trascorso dall'ingestione (in condizioni di digiuno)

| U.A. | Ore dall'assunzione (uomini) |      |      |      |      | U.A. | Ore dall'assunzione (donne) |      |      |      |      |
|------|------------------------------|------|------|------|------|------|-----------------------------|------|------|------|------|
|      | 1                            | 2    | 3    | 4    | 5    |      | 1                           | 2    | 3    | 4    | 5    |
| 1    | 0,13                         | 0,01 | 0    | 0    | 0    | 1    | 0,23                        | 0,10 | 0    | 0    | 0    |
| 2    | 0,38                         | 0,26 | 0,14 | 0,02 | 0    | 2    | 0,57                        | 0,45 | 0,33 | 0,21 | 0,09 |
| 3    | 0,63                         | 0,51 | 0,39 | 0,27 | 0,15 | 3    | 0,92                        | 0,79 | 0,67 | 0,56 | 0,44 |
| 4    | 0,88                         | 0,76 | 0,64 | 0,52 | 0,40 | 4    | 1,26                        | 1,14 | 1,02 | 0,91 | 0,78 |
| 5    | 1,13                         | 1,01 | 0,89 | 0,77 | 0,65 | 5    | 1,61                        | 1,49 | 1,37 | 1,25 | 1,1  |

I valori riportati sono calcolati prendendo in considerazione un peso di 70 kg per l'uomo e di 60 kg per la donna. L'assunzione durante i pasti determina una diminuzione dell'alcolemia pari ad una U.A. Per ottenere i valori raggiungibili dopo i pasti bisognerà quindi diminuire di una unità il numero complessivo di U.A. ingerite.

La formula usata tiene conto del volume di alcol introdotto, del volume di acqua corporea e della capacità dell'organismo di eliminare l'alcol.

Tab. 3 - Calcolo teorico approssimativo dell'etanolo ingerito dal tasso etanologico

**C<sub>p</sub>** (concentrazione etanologica ematica espressa in grammi litro) **uguale a D** (dose in grammi assunta) **diviso Vd** (volume di distribuzione in litri dato dalla formula  $0,53 \times \text{peso in kg}$ ).

Esempio. In un uomo di 70 kg con tasso ematico di 80 mg/dl avremo che:

$C_p = 80 \text{ mg/dl}$ , cioè  $800 \text{ mg/l}$  ovvero  $0,8 \text{ gr/l}$

$V_d = 0,53 \times 70 = 37,1 \text{ l}$

Essendo  $D = C_p \times V_d$  avremo che l'uomo ha ingerito  $0,80 \times 37,1$  di alcol cioè  $29,68 \text{ gr}$  cioè  $30 \text{ gr}$  di alcol, e quindi da tabella avrà bevuto:

2 bicchieri e mezzo di vino ovvero 2 bicchieri da 330 di birra ovvero mezzo bicchiere di whisky.

**Come risalire al tasso ematico massimo approssimativo sapendo l'intervallo di tempo trascorso**

Si può risalire, entro le 4-6 ore dall'assunzione, al tasso ematico massimo, sommando al tasso trovato per le ore, moltiplicando per il coefficiente metabolico dell'alcol.

Esempio. Si sono trovati  $50 \text{ mg/dl}$  a 4 ore dal pasto o dall'assunzione per cui avremo:

$50 + (4 \times 15) = 50 + 60 = 110 \text{ mg/dl}$  tasso alcolemico massimo.

# Stato nascente di un gruppo terapeutico per giovani in trattamento ambulatoriale per alcol: vignette cliniche di un evento inaugurale

Silvia Formentin\*, Mascia Ortolan<sup>o</sup>, Alessia Grigolin<sup>^</sup>, Serena Vicario<sup>§</sup>, Giancarlo Zecchinato<sup>‡</sup>, Salvatore Lobello<sup>♦</sup>

## Introduzione

In questo lavoro si intende proporre la narrazione di un evento che vede la nascita di un gruppo terapeutico, e offre l'occasione per raccontare lo "stato nascente" anche del gruppo di una équipe di professionisti i cui componenti sono per la maggior parte neo-assunti o neo-trasferiti da altre sedi, presso una istituzione sanitaria pubblica ambulatoriale.

Il gruppo terapeutico dedicato ai giovani con problematiche di alcol si inserisce all'interno di una serie di attività che stanno prendendo forma grazie al lavoro di tutti.

L'evento inaugurale del percorso terapeutico che si svilupperà in una prima trance di 10 sedute settimanali, si svolge in un pomeriggio organizzato in tre sessioni di gruppo di circa un'ora ciascuna. Centrale di questo evento è l'incontro, nella seconda sessione, tra il gruppo dei giovani pazienti (che si conoscono la prima volta nella prima sessione) e il gruppo équipe che lo ha pensato.

In questa sede si intende narrare l'evento e proporre una lettura dei processi costitutivi delle prime fasi di un gruppo terapeutico nelle quali, in questo caso, sembra acquisire un ruolo cruciale l'incontro e l'integrazione tra "pensati" e "pensatori", tra nuovo gruppo di pazienti e nuovo gruppo équipe.

Nello scambio di riflessioni sul problema dell'alcol, tra giovani e adulti, si crea un intreccio di menti che per-

mette di intravedere il formarsi di una mente comune pensante (Kaes, 1996), all'interno di un gioco di specchi tra le due realtà nascenti.

Nella cornice di questo specifico setting, verranno messe in luce le dinamiche tipiche di un momento fondativo di una realtà gruppale, in cui si intravedono il formarsi della coesione e i fenomeni dell'illusione gruppale, nutrienti necessari allo sviluppo di un significativo ingaggio dei suoi membri e dell'équipe curante, allo sviluppo e al mantenimento del processo terapeutico (Neri, 2021).

Questo primo momento di "presentazione di cose" costituisce anche l'avvio di un processo analitico di trasformazione dei "fatti accaduti" in oggetti mentali (Bollas, 2021), che divengono catene di significati che vanno anzitutto a comporre il nuovo gruppo come "oggetto pensato" prima ancora che una tecnica o una nuova attività del servizio.

## Organizzazione del Setting e partecipanti<sup>1</sup>

Le tre sessioni si sono susseguite nel seguente modo: la prima composta dai sei giovani pazienti che avevano svolto una prima fase di trattamento psicologico-motivazionale individuale, co-condotta dalla psicoterapeuta e dall'educatrice professionale; la seconda composta dai giovani e dall'équipe (due medici, una assistente sociale, una specializzanda) con la stessa co-conduzione della sessione precedente; e infine la terza che vede come protagonisti due membri giovani che propongono l'utilizzo della musica e della narrazione come principali mezzi espressivi.

## La narrazione dell'evento e la lettura della dinamica delle tre sessioni

### Narrazione della prima sessione

I giovani arrivano puntuali, qualcuno si è già un po' presentato fuori dalla porta del servizio, AB<sup>2</sup>, la più giovane, porta in mano una grande lattina di "Coca-Cola"

\* PhD, Dirigente psicologo, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Ser.D. UOC Padova e Piove di Sacco.

<sup>o</sup> Dirigente Medico, Specialista in Psichiatria. Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Ser.D. UOC Padova e Piove di Sacco.

<sup>^</sup> Educatore Professionale socio-sanitario, Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea, Ser.D. UOC Padova e Piove di Sacco.

<sup>§</sup> PhD, Assistente Sociale, Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Ser.D. UOC Padova e Piove di Sacco.

<sup>‡</sup> Specialista in Psichiatria, Direttore UOC Dipartimento Dipendenze, Aulss 6 Euganea.

<sup>♦</sup> Dirigente Medico, Gastroenterologo, Specialista in Scienze dell'Alimentazione. Direttore UOS Alcolologia, Dipartimento Dipendenze Aulss 6 Euganea, Ser.D. Padova e Piove di Sacco.

che appoggia sul tavolino della sedia dove si siede attenta, silenziosa, sorseggiando.

Indossa un cappello nero che gli sta un po' grande, e veste con calze nere appositamente bucate, gonnellina scura, tutto abbinato con il nero della metà dei capelli che contrasta con l'altra metà di capelli biondi.

A invece arriva 10 minuti prima, entra trionfante lasciando una grande valigia di tela con le rotelle, sembra appena arrivato da un viaggio negli anni 70, con pantaloni a zampa e un nastro annodato attorno ai fianchi.

Facciamo alcune prove tecniche per verificare che anche *M*, che nel frattempo si era collegato online dalla sua stanza di isolamento per quarantena, potesse vedere e sentire tutti.

Dietro le sue spalle si vede un enorme sacco da box che penzola dal muro.

Ha una espressione sorniona che sembra trasmettere un po' di rassegnazione alla situazione di isolamento, ma appare anche incuriosito nei confronti dell'evento che sta per cominciare.

Cominciano ad arrivare *C* e *O*, che la terapeuta incontra per la prima volta essendo pazienti seguiti da altri colleghi dell'équipe, e a seguire arriva *S*, sorridente, e informa subito la terapeuta di aver appena ricevuto conferma dell'assunzione a tempo indeterminato come cameriera in una birreria.

Un po' indifferente al fatto di lavorare proprio in una birreria, mostra evidente felicità per il fatto di avere per la prima volta in vita sua uno stipendio.

Con questo clima di novità inizia la seduta, subito dopo uno sguardo di intesa con l'educatrice, la terapeuta spiega l'organizzazione del pomeriggio, le tre sessioni, gli orari, lo scopo sotteso ai tre diversi momenti.

Le conduttrici propongono una domanda stimolo da cui partire: *"come descriveresti il tuo rapporto con l'alcol e/o con la sobrietà?"* invitandoli ad esprimere esperienze personali, idee, vissuti, qualsiasi cosa venisse loro in mente di dire.

Dopo un breve silenzio, interviene *M*, che dal suo spazio virtuale oltre confine dice: *"per rispondere io vorrei partire dal chiedere a tutti una cosa: per voi l'alcol è un problema sociale o personale?"*.

A questo stimolo risponde *S* dicendo che per lei è stato soprattutto un problema sociale.

Anche *O* e *A* si aggiungono al coro e non sembrano avere dubbi su questo commentando: *"bevono tutti la fuori"*, *"è impossibile trovare qualcuno che non beve"*, *"si comincia sempre a bere con gli amici"*.

*A* comincia a raccontare brevissimi episodi per dire quanto beveva, quanto esagerava con gli amici, tutti i fine settimana, per anni, a partire dalla prima adolescenza.

A lui si affianca *C* che non volendo essere da meno, dichiara quantità improbabili di birra in una sera.

Ma ad un certo punto *C* si ferma in questa specie di gara, e dice: *"beh però il problema da sociale poi diventa*

*personale perché si beve da soli, non hai più bisogno degli amici e ti isoli sempre di più senza renderti conto di quanto ti stai chiudendo in te stesso"*.

A questo punto il gruppo sta in silenzio, come se quella leggera euforia che si stava diffondendo si fosse immediatamente diradata per cadere in un clima diverso.

Sembra che, a quel punto, dal sociale si sia fatta spazio la dimensione personale.

*O* ha bisogno di dire che senza il programma residenziale in comunità terapeutica non ce l'avrebbe fatta, ed è stata contenta di non esserci andata con la sua bambina di 4 anni che è stata accudita dai nonni, che sono anche i genitori adottivi di *O*.

Sembrava volesse dire di aver voluto proteggerla dal gruppo sociale e da se stessa.

Ora, dice, la bambina è la sua motivazione centrale per non bere più.

*C* dice che senza aver incontrato il suo medico non ce l'avrebbe mai fatta ad uscire dall'isolamento, mentre *M* racconta un episodio in cui il padre lo ha preso a *"calci nel sedere"* per risvegliare in lui l'attenzione sul suo problema mentre stava vomitando abbracciato al water.

*S* (che ha perso il padre quando era una bambina ed è rimasta con una madre che soffre di una grave forma di psicosi depressiva) ascolta silenziosa con sguardo triste e ad un certo punto dice un po' commossa *"io devo ringraziare tantissimo il mio psichiatra, senza di lui non ce l'avrei mai fatta, lui mi ha obbligata a cominciare un percorso"*.

*AB* continua a stare in silenzio, forse pensa al fatto che beveva con la madre, anch'essa con problemi di alcolismo, e quindi forse sta facendo appello solo alla sua forte volontà di essere lì in quel momento nonostante avesse appena cominciato il percorso al servizio dipendenze.

Anche *A* nel suo mondo anni '70 non dice niente, forse pensava alla madre ex-sessantottina che a 18 anni si è ribellata al padre-padrone andandosene di casa poco prima di concepire il fratello di *A*, quello che lei ogni tanto, in momenti di forte depressione, gli confidava essere stato *"il suo grande errore"*.

Ed è proprio *A*, costretto ad assumere il ruolo di confidente della madre fin da piccolino, che dice quanto sia difficile accettare le proprie vere emozioni quando smetti di bere, quanto ci si sente depressi o tristi o comunque con una gran confusione dentro: *"Stare con se stessi senza l'effetto anestetico dell'alcol diventa difficile quando smetti di bere perché non sai bene come stai veramente, e non sai se hai veramente voglia di sentire (le emozioni proprie o quelle della madre?), di sapere chi sei e cosa provi"*, sostiene *A* in un momento di rievocazione dei primi difficili momenti di sobrietà.

Prende parola poi *M* che racconta il suo malessere dopo che la fidanzata ha ricevuto una diagnosi di tumore, e quanto lui non abbia saputo gestire questo dolore a causa di un profondo vissuto di fallimento e di colpa che lo ha portato ad aumentare il bere.



Anche *C* racconta dei suoi attacchi di panico di cui soffriva fin da adolescente, mentre *O* sostiene di essere stata molto male per essersi dovuta separare dalla figlia.

*S* aggiunge di aver avuto molti problemi anche con le canne che la mandavano *in psicosi* convinta di avere gli stessi problemi della mamma.

Le loro testimonianze di sofferenza emergevano sempre di più in un meccanismo di rispecchiamento tra di loro sempre più intenso.

*AB* stava ancora in silenzio, per lei le emozioni difficili erano forse troppo vicine per poter essere raccontate, forse l'ascolto degli altri era in quel momento una via di accesso all'ascolto del proprio mondo interno.

A ad un certo punto parla di farmaci, di quanto abbia dovuto e stia ancora cercando di aggrapparsi ad essi.

Questo solleva un ulteriore eco nel gruppo, tutti loro prendono farmaci, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici, e ne parlano come fossero dei piccoli esperti, nei tempi, dosaggi, modalità di assunzione.

La terapeuta che teneva uno sguardo attento su *AB* nota in lei un piccolo movimento e la invita a parlare.

*AB*, sempre con la mano ferma sulla lattina di Coca-Cola, riesce ad intervenire proprio sull'argomento farmaci dicendo: *"io sono una borderline, prendo molti farmaci, sono stata ricoverata in psichiatria molte volte per tentativi di suicidio a partire dai 13 anni ed ora riesco a stare astinente grazie all'antabuse che mi aiuta a sentire un limite"*.

Il suo racconto fiume, tale e quale a quello che aveva raccontato alla terapeuta nel colloquio individuale, ha catturato l'attenzione di tutti che sono rimasti ad ascoltarla senza mai interromperla, senza mai commentare.

Alla fine di questo racconto la terapeuta sottolinea il fatto che lei sia ad un punto di partenza, non solo essendo la più giovane del gruppo, in termini sia di età che di percorso al servizio dipendenze.

*AB* le ricordava le prime volte di *S* (seduta a fianco a lei), appena cominciato il programma.

Nella seduta attuale *S* aveva cominciato il gruppo con una bella notizia, il nuovo lavoro, segno che aveva fatto un po' di strada, permettendo ad *AB* di pensare che anche lei sarebbe potuta arrivare a stare bene come *S*.

A questo punto *C*, e a seguire anche *M* e *A*, introducono il tema di quanto possa valere la pena fare la fatica di stare sobri.

*C* dice che in fin dei conti all'inizio è difficile, ma poi cominci a sentirti più forte, più capace di tollerare l'ansia e il panico, e più in grado di accedere a forme di aiuto come la psicoterapia, che ti permette di cominciare a sentire le emozioni senza averne paura.

Si apre un discorso molto denso che coinvolge tutti e che porta l'idea dell'accettazione delle proprie emozioni e dei propri vissuti più autentici e non alterati dall'alcol, come mezzo per cominciare a sentirsi più normali.

*C* dice: *"all'inizio quando smetti di bere ti sembra di percepire solo ansia e depressione, poi un po' alla vol-*

*ta cominci a sentire che quella depressione è tristezza, cominci a collegarla a qualcosa che è accaduto e quindi la percepisci come una reazione normale a qualcosa, insomma ti senti uno normale in contatto con il mondo"*.

*M* dice poi che si impara a riconoscere emozioni nuove, come la gratificazione nel riuscire a dire di *no* alle numerose offerte di bere da parte dei pari o dei colleghi di lavoro, e ricorda come oramai tutti si siano abituati al fatto che lui non beve alcolici e quando lo vedono ordinano per lui direttamente la Coca-Cola Zero.

Dice che questo lo fa sentire orgoglioso perché è il risultato di una sua fatica.

Tutti concordano anche sulla fatica, chi con l'isolamento temporaneo, chi con tentativi maldestri attraverso la birra analcolica, chi con la sopportazione, fino ad accorgersi che il mondo attorno a sé cambia, si modifica, tutto diviene più semplice, ci si diverte lo stesso con gli amici, soprattutto con quelli più sinceri, come gli amici di *S* che le hanno organizzato una cena analcolica dove nessuno ha bevuto.

Dagli amici poi il discorso ritorna agli adulti quando *C* dice: *"a me è servito tantissimo una cosa che mi ha detto il mio dottore... quella frase non me la dimenticherò mai, mi serve tutt'ora..."* si crea una certa suspense, mentre proprio in quel momento entra il suo dottore seguito da tutto il resto dell'équipe.

#### *Lettura dinamica della prima sessione*

La terapeuta comincia dando una struttura al gruppo, spiegandone l'organizzazione e gli orari né delimita i confini, fa delle azioni che costituiscono i primi passi della composizione di un contenitore.

Tenta anche di offrire spazi differenziati, comunica loro che c'è spazio per tutti di dire qualcosa, qualsiasi cosa abbiano voglia di condividere.

*M* dalla sua posizione oltre confine, dietro lo schermo, offre con il suo intervento un concreto aiuto alla terapeuta nel lavoro di delimitazione dei confini, proprio chiedendo *da che parte state? Qui dentro dove si pensa, o li fuori dove tutti bevono? Che cosa sarà prevalentemente questo gruppo? Il sociale o il personale?*

Di fronte alla pressione del sociale c'è chi come *A* mostra il bisogno di distinguersi per non soccombere, ci si distingue bevendo più di tutti, ma distinguendosi si scompone in un lavoro di auto-annullamento.

Arriva in aiuto l'intervento di *C* che sostanzialmente riporta i membri a guardarsi dentro la propria individualità dicendo che poi il problema diventa personale nel momento in cui si beve da soli.

*Ma di cosa abbiamo bisogno per uscire dalla prigione in cui l'alcol ci ha collocati senza che ce ne rendessimo conto?*

Il gruppo fa appello alla genitorialità, prima espressa da *O* nel suo essere madre che ha messo in salvo la figlia grazie ai suoi genitori, poi da *C*, *M*, e *S*, che hanno invocato la figura paterna (o sostituiti di esso), quel padre au-

torevole che con parole forti, con le sue medicine o anche solo con i “calci nel sedere”, fa sentire la sua presenza, e riesce a toglierti dalla tirannia di un padre-padrone come lo era diventato l'alcol.

A quel punto sembra che siano pronti ad affrontare e condividere le trame difficili della loro interiorità, che spesso emerge quando esasperati e stanchi di stare male a causa delle continue intossicazioni alcoliche, cominciano a imporre la propria volontà per stare astinenti dall'alcol. Riprendere a vivere da sobri non è semplice, soprattutto perché le prime cose da affrontare sono le “macerie emotive” lasciate dall'alcol, mentre emozioni e vissuti che non si voleva ascoltare prima, riemergono assieme ad un senso di impotenza e di passività.

Il livello di confidenza tra di loro diventa più profondo, il clima è disteso, e tutti rispettano i turni di parola.

Quando nel discorso entrano i farmaci, sembra che il gruppo abbia bisogno di evocare una soluzione, un controllo del sintomo, un bisogno forse anche di definirsi malati piuttosto che restare nella confusione del nulla, del totale disorientamento di fronte alla pressione di un mondo interno che si sta facendo strada nell'assenza dell'anestesia alcolica.

Quel momento fornisce l'occasione ad AB di prendere parola, sollecitata dalla terapeuta che la teneva osservata nel silenzio.

Quando AB si definisce “sono una borderline e prendo l'antabuse grazie al quale riesco a stare astinente” sembra voler presentare il suo biglietto da visita, non sapendo in quale altro modo presentarsi, un po' come gli altri che parlando di farmaci sembravano voler trasformare le emozioni in sintomi ben inquadrabili in una malattia.

L'intervento della terapeuta, rivolto ad AB costruisce un ponte con S mettendo nel discorso il concetto di tempo, il tempo che passa, il tempo che migliora, che ti fa sentire meglio, nel tempo si può trovare un lavoro, ci si può vedere come individui nel divenire, e superare la staticità di un sintomo, e di una diagnosi.

I membri del gruppo cominciano quindi a parlare di quanto la tristezza possa essere scambiata per malattia, quando invece può essere semplicemente espressione del fatto di essere degli esseri umani che vivono senza anestesia, e che reagiscono al mondo, con gioia o con tristezza a seconda delle situazioni e dei momenti.

In alcuni casi si possono riconoscere emozioni nuove, l'orgoglio di saper dire di no, ma anche il piacere di sentirsi amati dagli amici che stavano solo aspettando che tu accettassi il loro affetto e che, per i più fortunati, si esprime attraverso la cena che organizzano per te, divertendosi con te anche senza alcol.

La terapeuta ricorda la cena degli amici di S., invocando la possibile esistenza di un gruppo sano come quello che potrebbe diventare il futuro gruppo terapeutico nascente. Ma si può essere parte di un gruppo di amici anche senza fondersi e nascondersi tra essi e per fare ciò, ho bisogno di conoscere la mia individualità.

A questo sembra portare l'intervento di C quando mette in campo il bisogno di essere riconosciuto da un adulto per cominciare a pensarsi come un adulto, differenziato dalla massa/gruppo, magari facendo proprie le parole di un medico che lo ha preso in cura e del quale porta con sé alcune parole preziose.

C'è bisogno della presenza dell'adulto, e questa presenza c'è, dal momento in cui proprio il medico che C stava per citare, entra nella stanza sorridente, per partecipare alla seconda sessione.

### *Narrazione della seconda sessione*

L'arrivo dei membri dell'équipe nella stanza porta subito con sé la sorpresa della presenza reale e concreta dell'adulto (non solo pensata o immaginata o desiderata).

C offre uno sguardo sorpreso e saluta il suo dottore che lui stava proprio per nominare.

La terapeuta prende al volo questa occasione e dice al collega che stava proprio per essere citato, invitando C ad aspettare che tutti si sistemassero per dire in diretta la frase per lui così importante. Il collega medico altrettanto sorpreso si accomoda, assieme a tutti gli altri.

C'era un po' di imbarazzo, la sensazione era di un cambio di registro rispetto a quanto stava accadendo prima, la terapeuta scherza un po' dando il benvenuto agli adulti al “primo congresso giovani esperti di alcolologia”.

Quando tutti si sono seduti la terapeuta chiede a C se vuole continuare.

Lui è un po' imbarazzato, poi prende coraggio e dice al gruppo “stavo condividendo con loro una frase che mi è stata detta dal Dott. tempo fa e che mi è tutt'ora molto utile... Un giorno lei (rivolgendo lo sguardo al medico seduto a fianco) mi ha detto: sobrietà significa passare dal vorrei ma non posso al potrei ma non voglio”.

La frase suscita interesse, M dice: “bello, potrebbe diventare il nostro slogan”, A dice “potremmo farci delle magliette con questa scritta”.

Il medico rinforza sostenendo quanto lui creda in quella frase che esprime l'importanza di ritrovare il desiderio di vivere nella volontà di non annullarsi nell'alcol, e di saper quindi scegliere, nonostante le possibilità di tornare allo stile di vita precedente, siano una continua provocazione nella quotidianità di tutti.

Le sue parole risuonano come forti, decise, sicure, fondendo un senso di protezione.

A quel punto M chiede di potersi assentare un attimo per andare in bagno, e a seguire anche gli altri lo chiedono.

La terapeuta dice: “in effetti una pausa ci sta in questo momento, chissà perché non ci avevo pensato”.

Durante la pausa la terapeuta rimane seduta, come a fare le veci del nuovo gruppo nascente, e si domanda come mai non le sia venuto in mente che effettivamente potessero aver bisogno di una pausa per rispondere anche ai propri bisogni fisiologici.

Non trova subito una risposta a questo, ma pensa, osservando i colleghi che stanno sistemando le patatine per il rinfresco finale, a quanto sia importante che i membri dell'équipe possano cogliere e farsi carico dei diversi bisogni dei pazienti, da quelli più fisici, materiali, a quelli più mentali ed emotivi.

Sarebbe impossibile che una persona sola si possa occupare di tutto questo.

La terapeuta in quel momento prova un vissuto di connessione al proprio gruppo di lavoro riconoscendo un importante lavoro di integrazione tra le diverse professionalità dal momento in cui ciascuno può occuparsi dei diversi bisogni dei pazienti, e come il fare gruppo tra colleghi permetta un senso di unità e coerenza restituendo al paziente la sua complessità del sentirsi persona oltre che portatore di sintomi.

Quando tutti arrivano dopo la pausa, la terapeuta introduce la seconda sessione creando un ponte con quanto accaduto nella prima.

Chiede ai giovani di raccontare agli adulti che cosa sia rimasto loro impresso della sessione precedente, invitandoli a pensare ad una frase, un pensiero, un'idea detta da altri.

*M* interviene ribadendo di essere stato molto stimolato dalla frase riportata da *C*, e racconta del suo orgoglio nel riuscire ad esercitare la sua volontà di non bere. La terapeuta ricorda quanto detto prima, rispetto a come quell'orgoglio sia possibile in quanto c'è stata molta fatica e impegno per arrivare a quel punto.

Il medico si connette alla collega e rinforza l'idea che vale la pena provare a fare questa fatica.

Ci sono stati poi gli interventi di *S*, *A* e *C* che hanno sottolineato i momenti difficili del loro percorso e la necessità di aggrapparsi inizialmente ai farmaci perché i primi momenti di sobrietà comportavano anche il dover affrontare stati d'ansia e di depressione.

Vengono quindi ripresi molti dei contenuti emersi nella prima sessione, e nel processo autoriflessivo di quanto sta accadendo si crea un momento di scambio tra i membri dell'équipe, che interagiscono tra loro come fossero in una delle loro riunioni: *“ascoltandoli ho focalizzato quello che è il nostro ruolo in integrazione con altri servizi come il CSM, cioè se noi lavoriamo con loro rispetto al rapporto con l'alcol sostenendoli a costruire la propria sobrietà, poi loro possono anche maturare un rapporto più sano con le problematiche altre, a partire dal semplice fatto che i farmaci possono agire terapeutamente senza l'assunzione di alcol”*.

Interviene *C* riprendendo un concetto importante detto anche prima, ovvero la capacità di accettare l'ansia o il fatto di avere un disturbo da attacchi di panico come un modo per sentirsi più forti, non invincibili e perfetti, ma semplicemente più capaci di tollerare il dolore.

Anche il medico, l'assistente sociale e la psichiatra rinforzano questi contenuti con interventi di vario tipo a cui si integrano alcuni commenti dei giovani.

*S* ad un certo punto sollecitata da qualcosa detta dal medico dice *“io mi sento forte quando riesco a dire No quando qualcuno mi offre da bere”*, e a quel punto la terapeuta interviene: *“è utile pensare che quando qualcuno di voi riesce a dire di No, ci sia dentro di lui un po' anche il No di tutto il gruppo... portarsi dentro la condivisione di gruppo rispetto a queste fatiche aiuta a far sì che in quel momento con te ci sia tutto il gruppo che dice No, un po' come successo nella sessione precedente?”*. In quel momento un ponte emotivo con la seduta precedente sembra si stia costruendo: *C* dice che prima in gruppo ha sentito che insieme è più facile; poi *A* dice che vedere i propri stati emotivi negli altri ti aiuta a sentirli meno pesanti e più normali; *M* dice di essersi sentito rispecchiato nel riconoscere la fatica di smettere.

L'assistente sociale si intreccia con loro dicendo quanto lei creda nel lavoro di gruppo, e passa la palla alla terapeuta che chiede: *“allora cosa ne dite? Lo facciamo partire questo gruppo? Sarà un percorso di 10 incontri, coinvolgerà chi di voi potrà esserci, ed eventuali altri giovani. La cosa importante però è sapere se voi lo volete...”*.

A quel punto, *AB* finalmente fa sentire la sua voce, e dice *“sì sì assolutamente sì”!*

Il coro di affermazioni positive che fa sentire un po' le voci di tutti sembra mostrare come ci sia già un gruppo che sta nascendo.

A quel punto la seconda sessione può chiudersi avviando la terza che precede i saluti.

#### *Lettura dinamica della seconda sessione*

La presenza di tutta l'équipe di alcologia in un momento fondativo di un gruppo è particolarmente importante per i pazienti giovani che hanno vissuto trauma relazionali di ogni tipo, e che hanno conosciuto molto presto la delusione di un mondo di adulti sofferenti, indifferenti, egocentrici, abbandonici, assenti o iperpresenti, e la frammentazione di nuclei famigliari divisi da conflitti e da traumi generazionali.

Questa presenza si è resa ancora più evocativa quando si è affacciato il medico dalla porta di ingresso della stanza proprio quando *C* lo stava citando.

Sarà stato il caso, ma è certo che la sincronia con cui si è materializzata davanti ai loro occhi la presenza dell'adulto evocata da *C* ha probabilmente offerto la possibilità per loro o alcuni di loro, di vivere un momento di autenticità e di fiducia nel rapporto con l'adulto.

La frase ricordata da *C*, e l'appello alla scelta personale contenuto in essa, sembra evocare un altro bisogno identitario, quello del nuovo gruppo che potrebbe essere riconosciuto con uno slogan, impresso sulle magliette dei partecipanti.

La nuova realtà gruppale sembra prendere una sua forma nella mente dei partecipanti, sembra venire riconosciuta dal momento in cui il nuovo gruppo può avere

anche un nome che porta con sé un'eredità importante lasciata da un "padre presente".

Quello di *C* è stato un dono al gruppo, e la sua condivisione può aver aiutato i presenti a sentirsi un po' più fratelli, nutriti dallo stesso pane dal momento in cui potevano servirsene tutti.

E i bisogni di nutrimento si sono fatti sentire nel momento in cui il gruppo ha chiesto una pausa ristoro.

Durante la pausa, le riflessioni della terapeuta che sono state riportate nella narrazione, rappresentano un momento di raccordo tra la prima e la seconda sessione.

Senza l'appartenenza ad un gruppo anche la terapeuta non riuscirebbe a tenere a mente tutti i loro bisogni, e a farsi carico da sola della loro complessità; quindi prendersi delle pause per lasciar fare anche agli altri con fiducia, la aiuta a mantenere fede al proprio mandato istituzionale di cura.

Dopo la pausa, la sessione sembra dividersi in due momenti, il primo vede il circolare dei contenuti emersi nella prima sessione, il racconto di essi permette di consolidare gli obiettivi personali e del gruppo rafforzando l'alleanza terapeutica con l'équipe.

Gli obiettivi condivisi tra i giovani e l'équipe sembrano orientarsi soprattutto al processo di maturazione per fare della sobrietà una scelta, anche con l'aiuto iniziale di farmaci e varie forme di contenimento.

Il gruppo giovani/équipe sembra chiedersi "che cos'è quindi la sobrietà?" e nella frase che oramai è patrimonio di tutto il gruppo, viene chiaramente chiamata in causa la capacità di voler essere se stessi nonostante la libertà (il potere) di sbagliare (potrei ma non voglio bere). Questo presuppone anzitutto la capacità di riconoscersi nella sofferenza, di emozionarsi, di tollerare l'ansia e il panico, sintomi che migliorano se si lascia che i farmaci facciano la loro cura senza le interferenze dell'alcol, e quando è possibile, grazie anche ad un "padre" ritrovato che ha saputo riconoscere nell'offerta di limiti, il valore di un adulto che sta nascendo.

Il secondo momento di questa sessione ha visto il valore del gruppo come contesto significativo da cui ripartire.

Lo dice con fermezza la reazione emozionata della giovanissima del gruppo, *AB*, alla domanda della terapeuta sui loro vissuti rispetto all'esperienza di gruppo che stavano facendo in quel momento.

Con quell'intervento la terapeuta ha voluto, forse un po' forzatamente, dare voce al bisogno dei ragazzi ma anche dell'équipe, di crederci per poter investire efficacemente su di esso.

Anello di congiunzione tra i due momenti è stato il discorso sull'integrazione tra i diversi servizi e su come il lavoro del gruppo équipe possa orientarsi in una clinica che vede anzitutto il recupero di una visione più autentica dell'individuo, sia delle parti sane che di quelle malate, per permettere poi di poter lavorare efficacemente sui sintomi e su altri livelli del problema.

Il fatto di parlare dei confini di pensiero/lavoro tra i diversi servizi, rimanda all'identità di gruppi diversi

che rispondono a determinati bisogni in determinati momenti a seconda della fase specifica del percorso dell'individuo.

In questo contesto tematico l'individuo è una entità in divenire, all'interno di un insieme di contesti che mettono in luce aspetti differenti di sé nel percorso di vita e di cambiamento.

Il pensiero sul confine tra gruppi appartenenti a servizi diversi offre al gruppo terapeutico nascente la possibilità di riflettersi come "oggetto pensato" all'interno del quale è possibile vivere e spiegare la complessità della propria esistenza di individuo.

### *Narrazione della terza sessione*

La terza parte del pomeriggio si è aperta con una breve presentazione della terapeuta che annuncia l'avvio di uno spazio creativo per continuare a parlare del rapporto con alcol e sobrietà.

L'invito si rivolge prima a *M*, che ha preparato una rappresentazione narrativa della propria storia con l'alcol, e a seguire *A* che studia al conservatorio e ha preparato alcuni brani musicali che rappresentano diversi stati mentali che si sono susseguiti nel periodo iniziale della sobrietà.

*M* comincia chiedendo spazio, dicendo che ha scritto tanto nella speranza di essere ascoltato fino in fondo.

Parte con un lungo assolo, una narrazione sempre più incalzante, decisa ad andare fino in fondo del problema, delle cose, di se stesso.

Una lunga corsa in una lettura carica di contenuti nell'onestà del racconto di una storia che è la sua ma nello stesso tempo può essere anche di altri.

Legge ininterrottamente per circa 30 minuti, in stanza c'è un silenzio colmo di ascolto, stupore, tristezza, forza.

In quel momento la terapeuta osserva le espressioni dei presenti in cui sembrano annullarsi le differenze dei ruoli tra i giovani e i membri dell'équipe, tutti si lasciano toccare dall'esperienza che *M* sta offrendo al gruppo, il pensiero razionale sfuma, e la sensazione di vivere quella condizione di "esseri umani tra gli umani" (Neri, 2021) pervade il campo di tutto il gruppo.

La testimonianza di *M* si chiude con un accorato applauso, e il momento di *M* si chiude con sorrisi, complimenti, imbarazzi e qualche sguardo triste.

Successivamente si alza *A* che con timida eleganza comincia ad entrare nel personaggio che darà spettacolo alla prossima mezz'ora.

Accende il mixer e dice "vi presento alcune miniature che ho composto in sobrietà e che rappresentano diverse emozioni che ho provato, alcune più serene, altre più combattute e tristi. Sono piccoli brani composti con diversi strumenti musicali soprattutto a percussione perché io sono principalmente un batterista. È possibile chiudere un po' le luci per creare atmosfera?".

Tutti acconsentono, c'è chi si alza a va verso l'interruttore, c'è chi invece va al tavolo del rinfresco a riempirsi le mani di patatine da gustare seduti al proprio posto durante lo spettacolo.

A comincia presentando un brano molto piacevole, dice che rappresenta un momento di serenità, il genere è quello della musica "ambient", di quelle che creano atmosfera, clima, connessione tra le parti.

E in effetti tutti sembrano assorti da questa atmosfera, nessuno sembra distratto.

La terapeuta si domanda se ai ragazzi piace questo genere musicale, ma poi pensa che non sembra essere una questione di gusti musicali individuali, l'importante in quel momento è respirare quel clima di connessione che si è creato.

I quattro brani sono tutti inediti, e vengono proposti ciascuno con una frase di presentazione che descrive ciò che lo aveva ispirato.

Uno di questi viene presentato con il ricordo di uno "gnomo" che gli sembrava di aver visto nella foresta, e sottolinea di essere sicuro di averlo visto.

La terapeuta cerca lo sguardo della collega specialista in psichiatria, si sorridono a vicenda mentre nota in quel momento la sincronia delle gambe accavallate che si muovono tutte a ritmo di musica lungo il semicerchio che si è aperto all'ascolto di A.

Sembra una coreografia improvvisata, le viene voglia di fotografarla, di rendere documentabile quel momento che testimonia che il gruppo c'è e si sta muovendo, ma poi pensa che per ora è più importante viverlo che fermarlo nella staticità di una immagine.

La terza sessione si conclude tra gli applausi di tutti e con le parole della terapeuta che sottolinea l'importanza di cercare nuovi strumenti per dire quanto a volte non riusciamo a tradurre in parole e pensieri, quando si è confusi dal capire che cosa si prova.

Per cominciare ad ascoltare se stessi in assenza dell'alcol, si può partire anche semplicemente dalle sensazioni corporee, o da piccole fluttuazioni emotive che si può cercare di esprimere con mezzi diversi dalla parole.

Si accendono le luci, tutti si alzano, qualcuno si prende ancora qualche patatina e biscottino, ci si avvicina a coppie e gruppetti per scambiare qualche parola di saluto, si saluta M promettendogli di mettergli da parte qualche patatina, mentre AB che nel frattempo non aveva più la lattina di Coca Cola in mano, si avvicina alla terapeuta e le dice "È stata proprio una figata!".

#### *Lettura dinamica della terza sessione*

In quest'ultima parte, i movimenti simultanei a ritmo di musica delle gambe dei giovani e dei colleghi, sembrano testimoniare proprio l'intreccio che si crea nella sincronia del sentire.

La sincronia crea un effetto di unità e compattezza che descrive un momento di passaggio molto importante per la formazione di un nuovo gruppo nei vissuti dei suoi membri.

Importante il fatto che siano stati proprio due membri dei giovani a rendersi protagonisti nel realizzare le condizioni perché questo potesse emergere.

Anche nella mente della terapeuta si connettono le varie parti che compongono il nuovo gruppo; la narrazione descrive "i fatti mentali" della terapeuta nell'hic et nunc di quel momento, evidenziando anche come nell'intreccio dei vissuti dentro "questa pelle" ci sia anche il legame che forma il gruppo-collegi e che prende forma ad esempio nella complicità dello sguardo con la collega specialista in psichiatria, con la quale si era trovata diverse volte a discutere il caso di A.

Il linguaggio simbolico quindi sembra rinsaldare l'esperienza grupitale nata dall'incontro e dalla conoscenza delle precedenti sessioni, e può rimanere un mezzo a cui ci si può anche momentaneamente tornare nei momenti in cui è difficile trovare le parole o pensieri distinti per contribuire in modo profondo allo sviluppo del gruppo.

#### **Considerazioni conclusive. Il delinearci dei confini e lo stato nascente del gruppo**

I confini del gruppo, predisposti dal setting a tre sedute, cominciano ad abbozzarsi nel susseguirsi delle tre sessioni e vengono rinforzati nell'incontro con il gruppo équipe in formazione.

Lo spazio intergruppo delimita i confini tra i due gruppi lasciandoli aperti allo scambio, integrazione e momenti di fusione, come sembra essere stato il momento finale, durante la terza sessione e la condivisione del cibo prima dei saluti.

Il riconoscimento che l'équipe/adulti offre ai pazienti/giovani permette di rinforzare il vissuto di essere dentro il divenire di un gruppo in cui i confini individuali dentro entrambi i gruppi si sperdono lievemente in un senso di depersonalizzazione che caratterizza spesso lo stato nascente di un gruppo (Neri, 1979; Correale, 1992).

Questo processo avviene nel maturarsi progressivo di un senso di coesione che si percepisce dai frequenti interventi di rispecchiamento reciproco e apertura alla condivisione di un "dramma comune".

Prima ancora delle differenze individuali, è pervasiva la sensazione di essere un po' tutti sulla stessa barca, a rischio di naufragare alla deriva della dipendenza.

La vicissitudine del dramma umano è infatti il tema che viene portato avanti dai membri dei due gruppi, e crea lo scenario in cui si intravedono gli albori di nuove storie, nuovi personaggi, nuovi pensieri, dove non si distinguono più i "salvatori" dai "salvati", ma si sviluppano nuove vicende nel teatro del contesto sociale più allargato.

Dopo essersi riconosciuti nel "dramma" sembra importante in questo momento poter vivere l'illusione grupitale (Anzieu, 1976; Anzieu, 1975), permessa dal formarsi della mente-gruppo.

Il susseguirsi di interventi connotati da un senso di speranza nell'appartenere ad un nuovo gruppo, e apertura verso il futuro, sembra tracciare i primi passi di una spontanea corrente positiva da cui tutti, chi più e chi meno, si fanno trasportare.

Il fatto che questo vissuto di gruppo possa esprimersi nell'incontro con un secondo gruppo nascente potrebbe proteggere dallo sviluppo verso un senso di onnipotenza del gruppo.

Questo rischio è forse più presente nei gruppi con membri che hanno problemi di dipendenza, abituati a cercare nella sostanza/alcol un tentativo di "bastare a se stessi" nel cullarsi in un vissuto di onnipotenza che nega quello di impotenza.

Lo stesso meccanismo potrebbe quindi essere attivato nei confronti del gruppo.

In questo caso, il gruppo che sta nascendo può contare sullo sguardo protettivo di un secondo gruppo/équipe che riconosce la libertà di crescere e di percorrere la propria strada, mentre garantisce e difende gli spazi, il tempo e gli strumenti per far sì che il loro incontrarsi diventi luogo di trasformazione e cura dell'individuo.

Il nuovo gruppo nascente quindi può sentire la presenza dell'équipe e dell'istituzione che permette fin da subito la protezione dal senso di solitudine che si acutizza quando si è arrivati alla necessità di avviare un cambiamento per far fronte a tutta la sofferenza contenuta nel dramma.

Nello stesso tempo anche il gruppo/équipe ha la possibilità di vivere un processo di nascita e di crescita che gli

permette di preservare la capacità di essere sempre promotore di scambio e integrazione con i pazienti ma anche con gli altri servizi, nel divenire di una istituzione che garantisce stabilità ma non soffoca il processo creativo (Tagliagambe, 2021) necessario a rispondere prontamente a sempre nuove forme di sofferenza e nuovi bisogni di cura nel divenire del sociale.

#### Note

1. L'evento è stato descritto in modo più dettagliato in un precedente articolo, di taglio più teorico.
2. Le sigle per indicare i membri sono puramente casuali.

#### Riferimenti bibliografici

- Anzieu D. (1976). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla.
- Anzieu D. (1975). *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod (trad. it. *L'Io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina).
- Bollas C. (2021). *Forze del destino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Kaes R. (1999). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla.
- Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Tagliagambe S. (2021). Comunicazione al Seminario intitolato "Psicoterapia e costruzione dei dispositivi di cura: Epistemologia della complessità". Coirag, sede di Padova, 25 settembre 2021.

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



# Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura

Rosa Giannini\*, Gaia Cassese\*\*

## SUMMARY

■ *Literature and clinical practice have extensively dealt with the topic of addictions.*

*However, there are still few studies that have systematically investigated parenting and the use or abuse of narcotics.*

*Most focused mainly on the consequences and safety of the children involved.*

*Aware of the need for a rigorous knowledge of the challenges, expectations and difficulties faced by the user in responding adequately to the parental role, the aim of this work is to retrace and integrate, with a critical approach, the main theoretical contributions of the last decade with a specific focus on the maternal role.*

*We therefore argued the need for systemic care of the user starting from pregnancy, which arises as a highly stressful event that puts a strain on a woman's therapeutic path.*

*The most recent contributions will then be explored in order to understand and explain the variability of parental responses in addictive behavior according to the neurobiological approach to the mother-infant relationship.*

*Finally, we will mention the environmental and social correlates related to the use of substances and how these can selectively affect particular parenting skills, such as the ability to provide consistent and constant caregiving over time.*

*The path traced up to now pushes us to the awareness of the need for a deep knowledge of the complexity of the phenomenon and a careful analysis of the needs prior to the conception of a therapeutic path.*

*The main predictor of treatment failure in this target user is, in fact, the lack of specific intervention programs, which consider individual differences. ■*

**Keywords:** *Family and Addictions, Parenting, Addiction Services, Literature Review.*

**Parole chiave:** *Famiglia e dipendenze, Genitorialità, Servizi delle Dipendenze, Revisione della letteratura.*

## Introduzione

In letteratura è ormai ben noto il ruolo della famiglia nelle dipendenze, soprattutto per quanto riguarda i fattori di rischio e i fattori traumatici familiari che possano contribuire, insieme certamente a caratteristiche individuali, a portare l'utente a cercare nella sostanza la propria strategia regolativa o compensatoria.

Nonostante questa consapevolezza, sono ancora poco approfondite le sfide che vengono richieste dalla genitorialità nella tossicodipendenza. Quella che c'è rivolge principalmente la propria attenzione alla sicurezza del minore implicato, nonché al rischio che questo stesso sviluppi a propria volta una dipendenza.

Inoltre, nonostante la ormai crescente attenzione rivolta al sistema dell'utente, con la relativa ideazione di linee guida per programmi rivolti alla genitorialità dai servizi territoriali (Dipartimento politiche antidroga, 2009), si percepisce ancora una notevole difficoltà nella presa in carico sinergica del paziente e della propria famiglia.

La maggior parte dei servizi presenti inoltre si sono spesso rivolti a madri tossicodipendenti in gravidanza, o con bambini molto piccoli, o ancora a genitori che cercano di riacquisire, in seguito all'allontanamento dei figli dalla famiglia, le competenze genitoriali.

\* *Psicologa Psicoterapeuta, terapeuta EMDR, formazione DBT e TMI, consulente presso ASL Napoli 3 Sud, Pomigliano D'Arco.*

\*\* *Psicologa e Psicodiagnosta in formazione.*

Madri con bambini più grandi, o figli che hanno un padre tossicodipendente, sono spesso rimasti *invisibili* agli occhi dei servizi.

È certamente presente un insieme di barriere che rende difficile dare avvio ad un "pensare" sulla genitorialità nelle dipendenze e, in questo caso, sulla maternità.

Come viene sottolineato in letteratura, l'utente tossicodipendente viene spesso "infantilizzato", considerato in una visione diffusa che lo vede più come figlio che come genitore a sua volta, nonostante gran parte di essi arrivi ai servizi con uno o più figli.

Inoltre, la maggior parte delle madri che fanno uso di sostanze interiorizzano una cattiva percezione del sé, e i fortissimi sentimenti di vergogna e senso di colpa per il non riuscire a tenere testa alle aspettative circa il ruolo materno, ne scoraggiano l'accesso ai servizi (Suchman, Paulo, Mayes, 2013).

Inoltre, i servizi tradizionali offerti dal territorio richiedono spesso grossi sforzi in termini di tempo e una lontananza fisica continuativa da casa (pensiamo ad esempio ai percorsi residenziali di comunità), che spesso non è compatibile con le esigenze del ruolo materno e con le risorse del sistema famiglia dell'utente.

Infine, inutile citare la difficoltà nel chiedere aiuto al territorio nel timore che possano perdere la custodia dei figli.

Risulta quindi imprescindibile partire da un'analisi dei bisogni del target così individuato nelle madri tossicodipendenti.

Con questo contributo, presenteremo una revisione critica della letteratura degli ultimi 10 anni sul tema della maternità nelle dipendenze, con l'intento di individuare e sistematizzare le caratteristiche di questo particolare tipo di utenza.

## Metodologia

Gli articoli che sono entrati a far parte del presente lavoro di revisione, sono stati reperiti sui motori di ricerca di PsycInfo e GoogleScholar. Sono state impostate le seguenti parole chiave: “Motherhood or Parenting” and “Dependence or dependent or dependency” and “Addiction or substance abuse or drug abuse”.

Abbiamo impostato un periodo temporale che va dal 2012 al 2022.

Degli articoli così ottenuti abbiamo escluso quelli che non parlano specificamente delle madri, quelli che non parlano di dipendenza da sostanze, quelli che assumono un punto di vista medico concentrandosi sui rischi prettamente fisici dell'uso di sostanze per il feto in donne incinte.

## Il fenomeno

La dipendenza è un fenomeno ancora oggi in ampia diffusione.

Nel 2020 i servizi in Italia hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 198.497 contatti) di cui circa il 24% è di genere femminile.

Per gli utenti totali le classi di età più frequenti sono quelle comprese tra i 35 e i 54 anni (classe modale 45-49 anni), mentre nei nuovi utenti le età più rappresentate sono quelle tra i 20 e i 39 anni (classe modale 30-34 anni).

Il 27,3% delle utenti di genere femminile, inoltre, sono madri.

Tuttavia, solamente poco più della metà (57%) degli utenti globali abita con i loro figli (Report Politiche Antidroga 2020).

Per quanto riguarda invece la tipologia di domanda di trattamento, il 63,9% degli utenti è in trattamento per uso di oppiacei.

L'eroina, rimane la sostanza primaria più usata dall'insieme degli utenti in trattamento; tuttavia la proporzione di persone sul totale dei trattati che la scelgono come sostanza di elezione, diminuisce nel corso degli anni.

Infine, nel tempo è aumentata la proporzione di persone che richiedono un trattamento per uso di cocaina, in particolare tra i nuovi utenti per i quali rappresenta in assoluto il problema principale.

## Il ruolo materno

La genitorialità ha una funzione simbolica per l'individuo prima ancora che esso venga al mondo.

È nell'immaginario individuale di un figlio futuro, dal sogno di una coppia, nel progetto di emancipazione (o meno) dalla famiglia di origine (Andolfi, 1987), dal percorso di somiglianza-differenza dal proprio vissuto personale, che prende già forma quel bagaglio affettivo e di aspettative che fungerà da risorsa per l'individuo lungo l'arco della vita, e che colora il mondo interno del futuro nascituro (Freud).

Non c'è bisogno di scomodare i più classici degli autori per descrivere quanto il mandato sociale rivolto al ruolo materno sia legato a principi di cura, sostegno e sacrificio per l'altro.

Basta attingere al proprio vissuto personale per provare a ricordare quanto lo sguardo materno abbia guidato le nostre scelte (in continuità o in contrasto) e posto le basi per la formazione della nostra identità.

Oltre il senso comune, tuttavia, per poter trattare clinicamente la funzione della maternità nelle tossicodipendenze necessitiamo di accorciarci circa una definizione comune del ruolo, per evitare che quello degli operatori sanitari sia una valutazione guidata dalla propria idea soggettiva, spesso anche rigida, del ruolo genitoriale, da vissuti ed ideali che possono dar vita a diversi tipi di bias e setting poco accoglienti che non permettono di poter intercettare e agganciare efficacemente l'utenza.

Ci rivolgiamo piuttosto ad una madre “sufficientemente buona”, per dirlo in termini winnicottiani (1974):

Non madri infallibili, quanto piuttosto individui che con le proprie ansie, i propri vissuti e i propri errori possano tuttavia mostrarsi come genitori capaci di autentica vicinanza, attenzione e riconoscimento dei bisogni del bambino, e che possano cioè creare un ambiente in cui il bambino possa sentirsi amato e al sicuro.

Non meno importante, inoltre, parliamo di madri capaci comunque di mantenere la propria identità personale, «rispettando dunque i bisogni del bambino, ma anche i propri» (Freda, 2008).

Infine un'ultima questione insita nell'argomento è chiarire che effettivamente la tossicodipendenza non coincide con la sicurezza di un fallimento necessario e lineare del ruolo materno: oltre il sintomo, fattori di protezione individuali, sociali e ambientali permettono alla famiglia di adempiere ad una funzione contenitiva.

I colleghi del gruppo di lavoro FeDerSerD Lombardia “Genitorialità e differenze di genere” fanno notare come un genitore tossicodipendente non coincide assolutamente con un genitore maltrattante. Analogamente a questo, l'intera visione terapeutica si è giustamente spostata dalla ricerca del sintomo all'alleanza delle risorse e della parte sana dell'utente.

## La gravidanza nelle dipendenze

Le giovani madri con un disturbo di dipendenza non sono oggi al centro dell'attenzione di alcun approccio terapeutico.

Nella regione Campania, programmi isolati e finanziati dal territorio come i dipartimenti di sanità locale, i servizi per il lavoro e la famiglia, centri di salute mentale, chiese, sono basate su di un modello medico della dipendenza.

In base a questo approccio, si affronta la patologia sulla base degli squilibri chimici e della componente genetica (Volkow, Koob, McLellan, 2016).

Ne deriva il primato dell'intervento farmacologico, come Suboxone e Metadone, e l'offerta di gruppi di supporto spesso implementati nella stessa sede del trattamento medico.

Il sentimento diffuso caratterizzante questo approccio è che “*queste persone scelgono di usare*” (Stewart, 2021) e ancora poca attenzione è data all'esplorazione e al lavoro sull'ambiente di vita dell'individuo.

In un modello sinergico di intervento, la presa in carico dell'utente dovrebbe prestare particolare attenzione già al momento della gravidanza.

Comunemente accolto come un momento di gioia nella comunità, si potrebbe incorrere nell'errore di considerarlo a prescindere come un fattore motivazionale su cui premere per porre fine al comportamento di dipendenza.

Ci si aspetta, cioè, che il solo fatto che una donna sia incinta basti a far leva per sposare automaticamente il ruolo di “(brava) madre”, che lucidamente riflette sui danni che potrebbe provocare al feto e agisce di conseguenza, attraverso un modello cognitivo sorprendentemente lineare quanto utopico.

Non si pone piuttosto l'attenzione al garantire uno spazio di significazione che affronti la gravidanza con i forti connotati emotivi e biologici che la caratterizzano.

Sappiamo infatti che l'evento gravidanza comporta fisiologicamente un arresto nello sviluppo della donna, una necessità di ripiegamento in se stessa che permetta di ripensare alla propria storia, al proprio vissuto da bambina, da figlia a propria volta.

La letteratura conferma che le utenti in cura per tossicodipendenza hanno subito significativi traumi infantili, compresi abusi sessuali, abuso fisico, abuso emotivo, violenza domestica, uso familiare di droghe e alcol, carcerazione e morte di familiari.

Immaginiamo cosa possa quindi significare un ritorno fisiologico a questi vissuti infantili.

Alcuni studi (Delker, Fisher, 2017) hanno infatti dimostrato che, in donne che fanno uso di alcol, l'abuso psicologico subito durante l'infanzia, in un ambiente familiare di origine che consentiva e perpetuava l'abuso, era fortemente associato ad un sentimento di “tradimento familiare”. Quest'ultimo, a sua volta, prediceva sintomi legati ad un disturbo depressivo o a stress post-traumatico, ciascuno dei quali prediceva una diminuzione delle ricompense genitoriali, ovvero di quell'insieme di feedback positivi endogeni ed esogeni che rende la genitorialità un evento gratificante.

L'abuso materno infantile da parte dei caregiver è quindi risultato essere indirettamente associato ad interruzioni delle ricompense sociali all'interno della relazione di attaccamento, con potenziali conseguen-



ze intergenerazionali per la relazione madre-bambino e lo sviluppo del nascituro.

Anche quando invece non avviene questa significazione dell'evento "maternità" potrebbe esserci un danno significativo nella relazione, con una nascita che non è stata elaborata e desiderata, che può assumere connotati negativi o, addirittura, per la quale non si è fatto spazio dentro e al di fuori di sé.

La gravidanza è quindi una potentissima fonte di stress che può facilitare il ricorso al consumo di sostanze.

Donne incinte sentono di aver bisogno di più supporto per restare sobrie durante la gravidanza (Kahn *et al.*, 2017), specialmente se quest'ultima si pone come fattore cumulativo, nell'ambiente dell'utente, agli altri fattori personali e contestuali che determinano il mantenimento della dipendenza.

Le madri che abusano di droghe durante la gravidanza, inoltre, si interrogano sulla loro capacità di essere in grado di mantenere i propri bambini adeguatamente nutriti, di soddisfare i loro bisogni emotivi e di imparare ad amarsi e rispettarsi abbastanza da vedersi come madri adeguate e amorevoli (Suchman *et al.*, 2013).

I forti sentimenti di vergogna e il senso di colpa che possono emergere nell'aver fatto uso di sostanze durante la gravidanza allontana le madri dalla possibilità di chiedere un supporto.

Infine, la gravidanza è un evento anche comunitario, in quanto la nascita di un figlio necessita di una ridefinizione degli spazi e dei ruoli familiari che determina un cambio generazionale da genitori a nonni, e da figli a genitori.

La famiglia gioca un fortissimo ruolo nei vissuti positivi legati alla nascita e può, al contrario, presentarsi come un forte fattore di stress.

Un buon sistema familiare è la chiave per il successo terapeutico.

Un sistema famiglia sano è fondamentale per offrire assistenza all'infanzia, supporto emotivo, modelli di comportamento sobrio e buon consiglio e a promuovere nell'ambiente del nascituro sentimenti di gentilezza, affetto e comprensione.

Una presa in carico familiare o, laddove non possibile, la promozione e il lavoro costante sulla ricerca di un capitale sociale supportivo (gruppo di pari, individuazione di figure di riferimento), diventano indispensabili per il buon fine del trattamento.

## La relazione madre-bambino: la prospettiva neurobiologica sull'impatto delle dipendenze sulla genitorialità

Tutti conosciamo l'importanza della relazione madre-bambino per lo sviluppo fisico ed emotivo del nascituro.

La teoria della socializzazione delle emozioni di Eisenberg postula che le risposte o le reazioni dei caregiver ai bisogni emotivi dei bambini influenzano significativamente la comprensione e l'esperienza emotiva degli stessi, nonché lo sviluppo di adeguate strategie alla regolazione delle emozioni e il più ampio funzionamento socioemotivo (Eisenberg *et al.*, 1998; Eisenberg, 2020).

I più recenti sforzi di comprendere e spiegare la variabilità delle risposte genitoriali nel comportamento di dipendenza utilizzano un approccio neurobiologico.

Mentre infatti i segnali infantili sono generalmente gratificanti per la madre, e definiti come ricompense genitoriali, l'uso di sostanze potrebbe invece influenzare negativamente la sensibilità agli stessi e compromettere la responsabilità nella diade.

Studi che hanno utilizzato l'fMRI (Kim *et al.*, 2017) hanno mostrato che le madri che fanno uso di sostanze dimostrano ridotte risposte ipotalamiche e mesocorticolimbiche agli stimoli legati al sistema di ricompensa naturale nella relazione con i propri neonati.

Il modello di Rodent afferma che estrogeni e progesterone aumentano costantemente durante la gravidanza, mentre il progesterone decade velocemente prima del parto.

C'è un'alta sensibilità all'ossitocina (OT) come risultato della decrescita della produzione dei suoi recettori.

L'area preottica mediale dell'ipotalamo, una regione ricca di recettori per l'ossitocina, monitora il livello dei cambiamenti ormonali durante

la gravidanza e stimola l'inizio del comportamento materno al parto attraverso l'interazione con il circuito mesolimbico motivazionale.

L'area mediale preottica proietta sull'area ventrale tegmentale, sul ventrale striato e sulla corteccia prefrontale mediale induce il rilascio di dopamina nella via dopaminica mesocorticolimbica.

In quanto via chiave dei circuiti modulatori materni, il ventrale striato integra gli input corticolimbici e proietta sul ventrale pallido, per dirigere la responsabilità della madre agli stimoli del bambino.

L'interconnessione tra le strutture mesolimbiche e ipotalamiche stabilisce l'insieme dell'attenzione, organizzazione e sequenza dei comportamenti materni.

Differenti attivazioni di queste aree comportano differenze individuali riguardo lo stile di attaccamento materno e quindi diverse risposte durante la relazione madre-bambino.

Con l'abuso di sostanze la via dopaminica mesocorticolimbica potrebbe essere sovraeccitata dai comportamenti di dipendenza: la soglia di ricompensa dopaminica può essere ricalibrata attraverso la ricerca della sostanza, per cui il sistema di ricompensa cerca gratificazione nell'uso della sostanza piuttosto che orientando la propria attenzione verso ricompense naturali, quali abbiamo visto essere il sorriso del bambino.

Questo significa che le madri mostrano una risposta di ricompensa neurale attenuata ai segnali positivi del neonato: tale meccanismo è stato visto, infatti, in particolare per le risposte agli stimoli visivi di felicità del bambino, ma non nell'input visivo di bambino triste.

Analogamente, altri autori hanno mostrato di come madri reclutate in una struttura di ricovero per il trattamento delle dipendenze mostrasse una risposta ridotta nelle regioni cerebrali della ricompensa (corteccia prefrontale mediale ventrale, ipotalamo, e striato ventrale) quando osservano il viso sorridente del proprio bambino rispetto al viso sorridente di un bambino sconosciuto (Kim *et al.*, 2017).

Altri studi (Lowell *et al.*, 2020) mostrano che le madri che fanno uso di sostanze sono maggiormente responsive agli stimoli neutri del volto del bambino, ambigui, piuttosto che a quelli apertamente angosciati o felici.

È quindi possibile che le madri che fanno uso di sostanze stiano impiegando maggiori risorse di attenzione in risposta a segnali neutri (che generano, per la loro ambiguità, forti quote di ansia), o stiano esercitando uno sforzo maggiore per comprendere o determinare la valenza dei volti neutri. Le madri che fanno uso di sostanze hanno anche dimostrato una risposta neuronale significativamente ritardata a tutti i piani infantili, suggerendo che possano elaborarne il suono in modo meno efficiente rispetto alle madri che non fanno uso di sostanze.

Questo comporta una mancata sincronizzazione da parte della madre con il volto del bambino e una scarsa valutazione affettiva dei suoi bisogni di angoscia o di serenità.

L'ipotesi più attuale che cerca di spiegare questo eterogeneo corpus di ricerche è quella che riconosce un caregiving compromesso nei genitori con disturbo di sostanze come secondario ad una disregolazione esistente nei circuiti neurali della dipendenza, così come spiegato nel modello di "disregolazione ricompensa-stress della dipendenza e genitorialità" (Rutherford, Mayes, 2017).

Inoltre, i cambiamenti che possono verificarsi all'interno del circuito della dipendenza indotti dall'uso prolungato e cronico delle sostanze, possono promuovere comportamenti di ricerca della sostanza volti ad alleviare lo stress e il disagio sperimentati durante i periodi di astinenza: i segnali da parte del figlio nella relazione madre-bambino, che abbiamo visto stimolare questo circuito della ricompensa, potrebbero non essere percepiti più come gratificanti quanto invece mettere a dura prova la resistenza al craving.

In risposta a tale stress, di nuovo, si intensifica il desiderio della sostanza.

Tali livelli di stress vanno ad intensificarsi anche con lo stigma che le madri incontrano nei loro ruoli, esacerbate da sentimenti di vergogna e colpa associati alle ripercussioni percepite delle loro dipendenze sul loro comportamento.

Questo comporta inoltre sentimenti di ambivalenza nei confronti del piccolo.

Tutto ciò che abbiamo detto potrebbe avere due conseguenze: o una mancanza di attivazione di accudimento all'angoscia del bambino, o

un comportamento eccessivamente intrusivo, in quanto si attiva una risposta anche in concomitanza con i volti neutri del bambino, nel tentativo di dare una risposta che, come abbiamo visto, implica anche forti livelli di ansia e angoscia nella madre stessa.

A questo proposito sarebbe interessante notare di come l'uso specifico di determinate sostanze potrebbe influenzare un comportamento materno invischiante rispetto ad un comportamento materno evitante.

Uno studio del 2021 (Jaques *et al.*, 2021) è stato mirato a fare chiarezza su quale tipo di risposta le madri dipendenti da alcol possono mostrare quando si risponde al disagio del proprio figlio.

In particolare confermano una risposta di disimpegno e rifiuto da parte delle madri al disagio emotivo dei figli, piuttosto che comportamenti intrusivi e ipercontrollanti.

L'ipotesi + è che ciò avvenga a causa di una scarsa attivazione neurale prefrontale della madre agli stimoli del bambino, e quindi una erronea traduzione dei bisogni del piccolo.

Inutile dire che, di conseguenza, il bambino non riesce ad interiorizzare e apprendere adeguate strategie di regolazione emotiva, o al contrario, con madri che rispondono con comportamenti invischiati, emergono elevatissimi livelli di ansia.

È interessante, nella programmazione di un intervento, valutare quale tipo di risposta materna viene stimolata dall'uso di sostanze.

## Ulteriori barriere alla genitorialità

È chiaro che, in un'ottica che legge l'individuo come costantemente interagente con i contesti circostanti, non possiamo che citare anche altre barriere che possano rendere la genitorialità un'esperienza fortemente stressante.

Innanzitutto, le madri con disturbo di dipendenza potrebbero essere spesso assenti per periodi di tempo prolungati durante i momenti di consumo, impegnati nella ricerca della sostanza o anche per il tempo trascorso in comunità residenziali, in carcere o ospedalizzate.

Ancora, sono gli stessi figli ad essere allontanati dalle famiglie per periodi di tempo molto lunghi. Tale indisponibilità cronica spesso incide ed interrompe i rituali familiari, come gli eventi festivi e le routine quotidiane, che sappiamo essere fondamentali alla creazione e al mantenimento di una identità personale, familiare, nonché nella costruzione di un senso di appartenenza.

È evidente, da quanto abbiamo detto finora, che il genitore potrebbe avere difficoltà a sintonizzarsi con i bisogni del figlio anche quando usciamo dalla diade madre-bambino e ci rivolgiamo ad un ragazzo più grande, che affronta fasi di vita e momenti di sviluppo differenti.

Non dimentichiamo che il genitore con disturbo di dipendenza non è solo impegnato fisicamente ma anche emotivamente nella ricerca della sostanza, ampliando la propria indisponibilità anche alla sensibilità emotiva.

È stato notato che cala la qualità dell'attenzione offerta ai propri figli all'aumentare del coinvolgimento con la droga.

Una caratteristica molto importante del caregiving nell'improntare un'educazione gentile, efficace ed amorevole con il proprio figlio è la coerenza.

Più che parlare di quantità, quello che è un forte fattore di pericolo è piuttosto l'incostanza, la saltuarietà del nutrimento offerto da madri con disturbo da sostanze.

Il fattore di rischio non è l'indisponibilità in sé, quanto l'imprevedibilità della stessa.

Ci basta anche solo pensare a come può variare la risposta e la disponibilità del genitore nei periodi di uso e abuso della sostanza rispetto ai periodi di inutilizzo e a come la stessa emotività può variare da momenti di forte energia ed esplosività a momenti di depressione e letargia.

Anche gli stili genitoriali ne risentono.

Per anni gli studi sono stati volti a sancire se i genitori con disturbo da uso di sostanze fossero più severi e punitivi con i propri figli, o se al contrario fossero più lascivi e assenti, senza imposizione di regole.

C'è un forte disaccordo a riguardo, ma il senso è proprio questo, l'incoerenza dello stile genitoriale adoperato.

Si passa da entrambi questi stili spesso a seconda delle fasi della dipendenza affrontate, piuttosto che a seconda del bisogno del contesto

e del bambino stesso, creando incostanza sia nella dimensione di nutrimento (cioè calore e supporto) che in quella di controllo (supervisione e disciplina).

È chiaro che il bambino che, all'interno della relazione, non riesce a prevedere quale sarà la risposta del genitore alle sue richieste, potrebbe sviluppare uno stile di attaccamento insicuro se non addirittura disorganizzato.

Non dimentichiamo inoltre che gli effetti di alcune sostanze vanno ben oltre l'interruzione dell'uso della stessa: anche dopo aver raggiunto l'astinenza stabile, alcuni genitori riportano alti livelli di disagio psicologico per una vasta gamma di sintomi come ostilità, depressione e psicotismo.

Citiamo molto velocemente i fattori socio relazionali, contestuali e personali che certamente non possono essere separati dai punti precedenti se non compiendo una forzatura, quali: le interazioni familiari negative, con una carenza di risorse di problem solving e la messa in atto di coping disfunzionali; la presenza di conflitti con il coniuge o con la famiglia di origine; lo status socio-economico; l'altissima comorbilità con altri disturbi di personalità.

Infine, il senso di colpa e vergogna da parte del genitore, che abbiamo più volte citato ma che merita un'ulteriore attenzione.

Molti studi hanno mostrato una scarsa fiducia, da parte sia di madri che di padri, nelle loro stesse capacità di fornire nutrimento emotivo ai propri figli ed una generale incompetenza autoriferita nel ruolo genitoriale.

Questa condizione si lega ad un forte sentimento di colpa e rimpianto per i vissuti a cui sono stati esposti i figli in episodi di uso di sostanza.

Questi genitori mostrano una scarsa fiducia del sé, vivono la propria dipendenza spesso come un fallimento personale ed una debolezza, piuttosto che come una concausa di fattori personali, familiari e contestuali. Tendono ad attribuirsi la responsabilità esclusiva delle carenze nella qualità delle cure fornite ai propri figli.

Tutti questi vissuti vanno a gravare sullo stress percepito nel ruolo genitoriale, che spesso tali utenti associano a percezioni o vissuti depressivi.

Sappiamo inoltre che tali sentimenti di colpa e insicurezza sono associati all'indisponibilità emotiva fornita al bambino (Troester, 2011) andando quindi ad alimentarsi vicendevolmente.

Allo stesso tempo, i genitori percepiscono i loro figli come molto esigenti.

Questo ha il potenziale di provocare un sovraccarico precario sui genitori e, quindi, gravare ulteriormente sul rapporto genitore-figlio.

Quindi, fattori di stress e vissuti di inadeguatezza e di vergogna come quelli che si verificano nel ruolo genitoriale devono essere considerati come potenziali fattori di rischio di ricaduta se le richieste e le emozioni non possono essere affrontate in modo funzionale (Chaplin, Sinha, 2013). Tale autostigma inoltre è un fortissimo ostacolo all'accesso dell'utente e della famiglia agli interventi stessi, quindi è fondamentale riconoscerlo e in contesto clinico prestarci molta attenzione. Sono inoltre spesso sentimenti di vergogna che hanno un'origine nell'infanzia del genitore stesso, e nel rapporto di questi con i propri genitori a sua volta, rendendo necessario l'acquisizione di un punto di vista almeno trigerazionale al trauma.

## Le limitazioni fisiche all'intervento

È stato dimostrato che il principale fattore predittivo del fallimento di trattamento in questo target è la mancanza di un intervento specializzato per madri tossicodipendenti.

In particolare, la mancanza di un programma che prenda in considerazione la diversità di età, provenienza, status socioeconomico, presenza/assenza di una famiglia di origine, età dei figli.

Ma ancor di più parliamo dell'assenza di un'analisi dei bisogni che sia totalitaria e comunitaria, che parta cioè da un tentativo di inclusione generale che prenda in considerazione anche le barriere fisiche al raggiungimento del servizio, come potrebbe essere la messa a disposizione di servizi di babysitting, l'assicurarsi la possibilità di poter usufruire dei mezzi di collegamento, l'ideazione di programmi

che vengano incontro alle esigenze di prossimità fisica delle donne ai propri figli: insomma, un vero e proprio movimento di inclusione comunitario.

## Punti critici

Nella discussione della letteratura, potrebbe essere presente un bias di generalizzazione che non tiene adeguatamente conto delle differenze culturali dei contesti di riferimento degli studi.

Inoltre, è presente una forte eterogeneità di sostanze prese in considerazione nei diversi articoli.

Non abbiamo, infine, trattato gli interventi presenti in letteratura dedicati a questo target, con l'intento di prestare e restituire la giusta attenzione alla fase preliminare di profonda comprensione del fenomeno.

## Conclusioni

Lo scopo del presente lavoro è quello di spiegare e discutere gli eterogenei contributi in letteratura che hanno tentato di approcciarsi e di comprendere il fenomeno complesso delle madri nella tossicodipendenza.

Il principale fattore predittivo del fallimento del trattamento in questo target di utenti è la mancanza di programmi di intervento specifici per queste donne, che compia prima di tutto una sistematica analisi dei loro bisogni fisici, genetici, psicologici e sociali.

Madri con figli di età diverse hanno ad esempio bisogni diversi.

Ad oggi, tuttavia, i programmi di intervento sono saltuari, ad iniziativa del singolo servizio, e volti per lo più alla tutela dei minori.

Abbiamo cercato di affrontare la complessità di tutti quei fattori che influiscono sulle caratteristiche della genitorialità di chi fa uso e abuso di sostanze.

Non è infatti immediata e lineare l'associazione tra dipendenza ed incapacità genitoriale.

Tuttavia è necessario anche il superamento di un'ottica buonista che valuta la presenza dei figli come fattore di per sé positivo e motivazionale.

Abbiamo infatti visto che i segnali di ricompensa genitoriale non vengono codificati allo stesso modo e non assumono pertanto la stessa valenza gratificante per tutte le madri.

Piuttosto, abbiamo posto attenzione agli stimoli stressanti che quella relazione porta con sé.

Sebbene quindi siamo in accordo con il considerare la relazione con il figlio e il ruolo materno come centrale nel processo di terapia, è anche vero che questo deve seguire ad una profonda fase di comprensione, esplorazione ed assessment.

## Riferimenti bibliografici

- Ahluwalia H., Chand P.K., Suman L.N. (2020). *Therapeutic Focus for Women With Substance Use Disorders: Views of Experts and Consumers in a Tertiary Hospital in India*.
- Andolfi M., Angelo C. (1987). *Tempo e mito nella psicologia familiare*. Roma: Bollati Boringhieri.
- Dawe S., Harnett P., Gullo M.J., Eggins E., Barlow J. (2021). Moderators and mediators of outcomes of parents with substance use problems: further evaluation of the Parents under Pressure programme. *Society for the study of addiction*, 16(11): 3206-3218.
- Delker B. (2017). *Relationships without Reward: The Role of Childhood Abuse History in Maternal Addiction, Mental Health, and Parenting*. Department of Psychology, University of Oregon.
- Dyba J., Moesgen D., Klein M., Leyendecker B. (2019). Mothers and fathers in treatment for methamphetamine addiction – Parenting, parental stress, and children at risk. *Child & Family Social Work*, 24: 106-114.
- Freda M.F. (2008). Narrazione e intervento in psicologia clinica: costruire, pensare e trasformare narrazioni tra logos e pathos. *Psicologia clinica e lavoro istituzionale*. Napoli: Liguori.
- Jacques D.T., Sturge-Apple M.L., Davies P.T., Cicchetti D. (2021). *Parsing Alcohol-Dependent Mothers' Insensitivity to Child Distress: Longitudinal Links With Children's Affective and Anxiety Problems*. Department of Psychology, University of Rochester 2 Institute of Child Development, University of Minnesota.
- Kim S., Iyengar U., Mayes L.C., Potenza M.N., Rutherford H.J.V., Strathearn L. (2017). Mothers with Substance Addictions Show Reduced Reward Responses When Viewing Their Own Infant's Face. *Human Brain Mapping*, 38: 5421-5439.
- Kyte D., Jerram M., Di Biase R. (2020). Brain Opioid Theory of Social Attachment: A Review of Evidence for Approach Motivation to Harm. *American Psychological Association*, 6(1): 12-20.
- Lowell A.F., Maupin A.N., Landi N., Potenza M.N., Mayes L.C., Rutherford H.J.V. (2020). Substance use and mothers' neural responses to infant cues. *Infant Ment Health J.*, 41: 264-277.
- Navarra A. (2021). *Le origini traumatiche della tossicodipendenza*. Kimerik: Patti.
- Raynor P.A., Mueller M., Pope C., York J., Smith G. (2019). A feasibility study exploring self-care and parenting for adults recovering from addictive substances. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2): 155-163.
- Rutherford H.J.V., Mayes L.C. (2019). Parenting stress: A novel mechanism of addiction vulnerability. *Neurobiology of Stress*, Volume 11.
- Stewart C.R. (2021). *Experiences of Social Workers in Outpatient Treatment with Young Mothers*. Walden University.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*. Dipartimento politiche antidroga.
- Winnicott D. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, trad. Alda Bencini Bariatti. Roma: Armando.

## FeDerSerD/FORMAZIONE E RICERCA

# A Bergamo il XII Congresso nazionale di FeDerSerD

Il 25, 26 e 27 ottobre 2023 si terrà a Bergamo il XII Congresso nazionale di FeDerSerD, la Federazione italiana degli operatori dei Servizi e dei Dipartimenti delle Dipendenze.

L'evento congressuale nazionale si tiene nella città capitale della cultura con Brescia a sottolineare come scienza e cultura siano profondamente intrecciate.

Nel corso della tre giorni di convention i partecipanti affronteranno gli innumerevoli temi della disciplina scientifica da

un punto di vista medico, psicologico, sociale, legale, organizzativo, di politica sanitaria nella consueta logica multidisciplinare che contraddistingue la mission della Federazione nell'affrontare il tema della dipendenza e dei consumi pericolosi.

Il Congresso sarà affiancato da eventi culturali e ricreativi nella cornice della bella città.

# Caratteristiche e percorsi in persone in carico al SerDP: l'uso dell'MMPI-2

Alessandra Magnani\*, Gabriella Gallo\*\*, Elisa Gambetti\*\*\*

## SUMMARY

■ *This study concerns a research conducted on 329 individuals divided into three groups: 109 patients in charge of the Pathological Addiction Service (SerDP) Pianura dell'AUSL of Bologna (group of drug addicts), 110 patients followed with a psychological treatment at the AUSL of Bologna in the context of The Protection of Minors or in psychotherapy at private facilities (group of patients in treatment) and 110 students of psychology or workers (non-clinical group).*

*There are three research questions to which the present work seeks an answer.*

*The first is related to the possibility of identifying through the use of MMPI-2 a typical personality profile of the addict who turns to the SerDP.*

*The second is related to the possibility of identifying among SerDP patients a typical personality profile of the alcohol user, rather than the user of cannabinoids, opioids or cocaine, through the results that emerge from the MMPI-2.*

*The third research question aims, starting from the results emerged, to suggest which good practices can facilitate collaboration between different services such as CSM, SerDP, NPIA and SPDC in the design and maintenance of the treatment pathways of cases with comorbidities between Substance Use Disorder (DUS) and mental disorder.*

*The results support the hypothesis that those who turn to SerDP show specific symptoms and some typical and recurrent personality characteristics of clinical relevance, detectable by the MMPI-2 test.*

*On the basis of this evidence, the need to prepare, where they are not already foreseen, methodological paths of collaboration, joint management and treatment of comorbid patients involving the operators of the various territorial services seems central. ■*

**Keywords:** *MMPI-2, Personality, Assessment, Addiction, Comorbidities.*

**Parole chiave:** *MMPI-2, Personalità, Valutazione diagnostica, Dipendenza patologica, Comorbidità.*

## Introduzione

In letteratura si trovano risposte discordanti relativamente all'esistenza di un tipico profilo di personalità, rilevabile con il test MMPI-2, delle persone che afferiscono ai SerDP per un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS): in alcune ricerche emergono profili variegati e differenti (Ranieri *et al.*, 2012), mentre altre ritengono che il codice 46/64 sia tipico del soggetto tossicofilico (Ranieri, Gocci, 1996).

Un'altra ricerca ancora (De Fidio *et al.*, 2005) evidenzia che l'elevazione della scala 4-Pd, tipica del discontrollo pulsionale, risulta caratteristica, mentre le scale 2-D, 6-Pa e 8-Sc emergono come tratti stabili di personalità poiché si avvicinano al cut-off clinico.

Con maggiore difficoltà invece, si trovano articoli che affrontino la complessità della gestione dei trattamenti del paziente comorbile in carico al SerDP (e.g., Consoli, Giglio, 2013), soprattutto in quei casi

in cui, come nella AUSL di Bologna, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche si fonda su un'organizzazione articolata in settori, quindi a "canne d'organo".

L'attenzione ai casi comorbili ha da lustri caratterizzato l'attività clinica degli operatori dei SerDP della AUSL di Bologna e in particolare degli psicologi.

Sono state messe a punto le *Linee di Indirizzo relative alla Cogestione delle Persone con un Disturbo da Uso di Sostanze in comorbidità con un disturbo mentale (2015)*, che si inseriscono nel solco di un percorso di integrazione tra servizi e di valorizzazione dei percorsi di accoglienza.

Tale documento, approvato dall'Ufficio di Direzione del DSM-DP dell'AUSL di Bologna, cerca di definire a livello metodologico le modalità di collaborazione tra SerDP, CSM, NPIA e Area Emergenza-Urgenza, fornendo una sistematizzazione alle diverse modalità di collaborazione già esistenti nel DSM-DP dell'AUSL di Bologna.

La complessità e la liquidità che caratterizzano le diagnosi di comorbidità dei pazienti con DUS e disturbo mentale, si riflettono nelle prassi operative di trattamento che risultano anch'esse complesse e liquide nel senso di essere variabili non solo in relazione agli operatori, ai mandati, alla storia dei servizi coinvolti, ma anche in relazione alla mutevolezza che caratterizza il fenomeno della comorbidità nella sua prospettiva temporale.

\* *Dirigente Psicologa e Psicoterapeuta, coordinatrice del Settore SerDP, UOC Psicologia Territoriale, AUSL Bologna.*

\*\* *Direttore UOC Psicologia Territoriale, DSM-DP, AUSL Bologna.*

\*\*\* *Dirigente Psicologo e Psicoterapeuta, NPIA San Lazzaro di Savena, UOC Psicologia Territoriale, AUSL Bologna.*

Il colloquio congiunto tra gli operatori del SerDP e del CSM o NPIA con il paziente in tutte le sue declinazioni è risultato essere nella prassi la metodologia più appropriata ed efficace nella gestione dei casi comorbili più complessi.

Tale metodologia di lavoro prevede una richiesta di consulenza inter-servizi, richiesta che si basa anche sulle ipotesi che emergono dall'approfondimento psicodiagnostico.

La stesura delle Linee di Indirizzo sopra citate è stata infatti preceduta dalla stesura della procedura relativa alla somministrazione dei reattivi psicodiagnostici da parte degli psicologi degli allora Ser.T. dell'AUSL di Bologna, procedura approvata nella sua prima versione nel 2013.

Le Linee di Indirizzo relative alla gestione delle persone con un DUS in comorbilità con un disturbo mentale consentono di precisare gli obiettivi del programma di cura che viene ritenuto idoneo dall'équipe curante, nel caso sia territoriale, ma anche nel caso sia previsto un ingresso in comunità terapeutica, oppure nel caso che qui ci interessa, venga formulata la richiesta di consulenza ai colleghi del CSM, nell'ipotesi che si profili una comorbilità.

In tutti i casi, le caratteristiche personalistiche che emergono dal profilo psicodiagnostico costituiscono utili indicazioni per i colleghi coinvolti nella relazione d'aiuto e nella definizione degli obiettivi stessi del programma di cura, visto che un programma considerato idoneo alla cura non può prescindere anche dalle caratteristiche personalistiche del paziente, oltre che dal suo stato di salute generale, dal suo livello di motivazione e dalla sua situazione sociale.

Per lo psicologo del SerDP, poi, l'*assessment* è particolarmente prezioso poiché consente di iniziare a costruire quella *compliance* così centrale per l'esito stesso dell'eventuale percorso psicologico concordato con il paziente.

Consente inoltre, attraverso la restituzione dei risultati al paziente, di contribuire a lavorare sulla consapevolezza di sé, in particolare sui punti di forza e sui limiti.

Il test MMPI-2 (Butcher *et al.*, 1990; Hathaway, McKinley, 1989), ampiamente diffuso nella pratica clinica e utilizzato per la valutazione della personalità e della eventuale sintomatologia clinica in diversi contesti, è sembrato essere lo strumento più idoneo da somministrare all'interno del percorso psicologico di approfondimento psicodiagnostico, anche perché è conosciuto ed apprezzato dai colleghi del CSM, in quanto attinge da un linguaggio comune ai due servizi di cura. Le eventuali elevazioni cliniche che emergono tramite l'utilizzo dell'MMPI-2 possono essere ragionevolmente associate a una patologia mentale sottostante, da valutare tramite approfondimento diagnostico nelle sedi opportune (CSM, NPIA) e, nel caso di appurata comorbilità in pazienti con DUS, avviare percorsi integrati.

Il test consente quindi di imbastire e facilitare una collaborazione tanto centrale nella valutazione e trattamento dei casi comorbili, quanto a volte complicata dalle differenti missioni dei due servizi. Inoltre, ogni servizio ha declinato e declina il proprio mandato in relazione non solo alla missione ma anche al contesto storico, geografico e, ultimo, ma non ultimo di importanza, alla variabile individuale delle risorse umane che inevitabilmente ha una forte influenza sulla qualità e sul tipo di prestazione offerta; infine anche la mutevolezza che caratterizza la comorbilità nella sua prospettiva temporale ha la sua incidenza.

Descritta brevemente questa necessaria cornice relativa alle prassi di lavoro e alla realtà del DSM-DP dell'AUSL di Bologna, passiamo a definire le ipotesi circa le domande di ricerca inerenti le caratteristiche personalistiche di coloro che costituiscono l'utenza del SerDP considerato in questa ricerca.

## Ipotesi di ricerca

La prima domanda di ricerca riguarda la possibilità di individuare tra le persone che si rivolgono al SerDP un tipico profilo di personalità tramite l'uso dell'MMPI-2.

Si ipotizza che il tossicodipendente possa mostrare una sintomatologia specifica ed alcune caratteristiche di personalità tipiche e ricorrenti, rilevabili dal test MMPI-2.

Sulla base sia dei dati in letteratura (Fioritti, Solomon, 2002; Ranieri *et al.*, 2012; De Fidio *et al.*, 2005) sia della nostra esperienza clinica, sono state formulate le seguenti ipotesi.

**Hy1:** per quanto riguarda le scale di validità si ipotizza che nel gruppo di tossicodipendenti emergano punteggi più bassi alla scala K, indicativi di scarse capacità di *coping*, ed elevazioni alla scala F, indice generale di sintomi psicopatologici e di fragilità del Sé, rispetto ai campioni in-trattamento e non-clinico considerati nel presente studio.

Relativamente alla scala L non vengono formulate ipotesi specifiche.

**Hy2:** la seconda ipotesi riguarda le scale fondamentali.

In particolare, si prevedono elevazioni nel campione di tossicodipendenti rispetto agli altri due campioni alle scale 2-D, che potrebbe evidenziare la presenza di una sintomatologia depressiva, 4-Pd indice della difficoltà a dilazionare la gratificazione degli impulsi, 6-Pa segno di sospettosità e di locus of control esterno, e 0-Si indice di scarse abilità interpersonali e della tendenza al ritiro sociale.

Inoltre ci aspettiamo punteggi più elevati nel gruppo di tossicodipendenti rispetto all'Average Elevation Score, che si riferisce alla media dei punteggi alle scale fondamentali ad eccezione di 5-Mf e di 0-Si.

**Hy3:** sono stati considerati anche alcuni indici derivati dalle scale fondamentali.

Si ipotizza che i tossicodipendenti mostrino una scarsa tolleranza alle frustrazioni (Frustration Tolerance Index, Beall & Panton, 1957 > 1); elevati livelli di ansietà (Anxiety Index > 65; Welsh, 1952); nessun danno psicorganico (Organic Sign Index > 40, Watson & Thomas, 1968); sintomi psicopatologici (Index of Psychopathology > 50, Goldberg, 1965); nessun segno specifico di antisocialità (Delinquency Index < 6, Rempel); alcune difficoltà nel controllo della rabbia rilevate dall'indice PAI (Passive-Aggressive Index, Welsh e Sullivan, 1952) negativo.

Non sono state formulate ipotesi per il Neurotic Score (Ruesch, Bowman, 1945) e lo Psychotic Score (Ruesch, Bowman, 1945).

**Hy4:** per quanto riguarda le scale di contenuto, ci aspettiamo punteggi più elevati rispetto agli altri due campioni alle scale: ANX e DEP, indice di sintomi ansiosi e depressivi che i tossicodipendenti faticano a gestire; HEA indice di processi di somatizzazione, di scarsa capacità di mentalizzazione e di consapevolezza emotiva; BIZ segno di rifiuto del pensiero comune e rigidità di pensiero; FAM indice di problemi familiari e relazionali; LSE indice di scarsa autostima; WRK indice di problematiche e insoddisfazione in campo lavorativo, non tanto per scarsa efficienza, ma per difficoltà relazionali con i colleghi e i datori di lavoro.

La seconda domanda di ricerca riguarda la possibilità di individuare, tramite l'uso dell'MMPI-2, caratteristiche di personalità tipiche e ricorrenti tra i diversi pazienti che afferiscono al SerDP, quali i consumatori di alcol, cannabinoidi, oppioidi o cocaina.

In letteratura ci sono alcuni studi che hanno individuato caratteristiche tipiche dei consumatori di cocaina (Walfish *et al.*, 1990; Craig, Olson, 1992; Moss, Werner, 1992) e di alcol (Butcher, 1988). In particolare, Moss e Werner (1992) e Ball *et al.* (1997) hanno individuato tre sottotipi di consumatori di alcol e/o oppiacei: TIPO 0 (10%), tipico di profili non-clinici, TIPO I (60%), tipico di consumatori con elevazioni alle scale 4-Pd e 9-Ma; TIPO II (30%), tipico di consumatori con stress severo e cronico, con elevazioni scale 2-D, 4-Pd, 6-Pa, 7-Pt, 8-Sc, e che solitamente comportano una presa in carico congiunta SerDP e CSM. Sulla base di queste premesse sono state formulate le seguenti ipotesi.

**Hy5:** dal confronto fra i gruppi all'interno del campione di tossicodipendenti, si ipotizza che emergano caratteristiche di rilevanza clinica nei consumatori di alcol, oppioidi e cocaina vs. profili non clinici dei consumatori di cannabinoidi, ad eccezione della scala 2-D considerando che numerosi studi hanno trovato tassi di depressione elevati in questi ultimi (Grant, 1995; Chen, Wagner, Anthony, 2002; Caroti, Marconi, Bersani, 2006).

Tale evidenza si potrebbe riscontrare sia tramite l'elevazione al di sopra del *cut-off* clinico dell'Average Elevation Score che di specifiche scale fondamentali, quali le scale 2-D, 4-Pd, 6-Pa e 0-Si, valutando anche eventuali differenze di genere.

**Hy6:** come supposto per il campione generale dei tossicodipendenti, si ipotizza che emergano punteggi più elevati e di rilevanza clinica nei consumatori di alcol, oppioidi e cocaina, rispetto ai consumatori

di cannabinoidi, alle scale di contenuto ANX, HEA, BIZ, FAM, LSE e WRK, valutando anche eventuali differenze di genere.

Rispetto alla scala DEP non ci aspettiamo differenze significative in quanto la sintomatologia depressiva potrebbe essere presente in tutti e quattro gruppi di utenti SerDP considerati.

## Materiali e metodi

L'MMPI-2 è stato somministrato a 329 individui, suddivisi in tre gruppi:

- il gruppo dei tossicodipendenti costituito da 109 tossicodipendenti (67.9% maschi; età media=37.45, DS=10.22) candidati all'assessment, associato o meno a un trattamento farmacologico (30.3%), presso il SerDP Pianura dell'AUSL di Bologna (sedi di Budrio e S. Giorgio di Piano, responsabile dott.ssa Lauretta Gianessi) fra il 2009 e il 2020;
- il gruppo dei pazienti in trattamento costituito da 110 individui (66.4% maschi; età media=38.28, DS=9.60) seguiti presso l'AUSL di Bologna nell'ambito della Tutela Minori o in psicoterapia presso strutture private fra il 2014 e il 2021;
- il gruppo dei non-clinici composto da 110 studenti di psicologia presso l'Università degli Studi di Bologna e/o lavoratori (54.5% maschi; età media=35.00, DS=10.63) fra il 2007 e il 2017.

Questi ultimi non sono stati sottoposti nel corso della loro vita a trattamenti di tipo psichiatrico o psicologico, a ricoveri o accessi ai servizi SerDP o del CSM.

Da notare che il gruppo dei pazienti in trattamento non è composto da pazienti affetti da patologie psichiatriche, ma da pazienti con un certo livello di distress, per il quale richiedono un sostegno di tipo psicologico o caratterizzati da specifici tratti stabili di personalità, rilevabili con il test MMPI-2 come dimostrato in precedenti ricerche (e.g., Gambetti *et al.*, 2019).

In tutti e tre i gruppi considerati l'MMPI-2 è stato compilato in forma valida ( $T < 80$  alle scale VRIN e TRIN e "Non so"  $< 30$ ) alla presenza di uno psicologo che controllava che la persona comprendesse il significato degli item, in particolare di quelli in forma negativa; non sono stati inclusi all'interno dei tre gruppi individui con disturbi psicotici in atto.

All'interno del gruppo di tossicodipendenti il 37.6% è dipendente da alcol, il 34.9% da oppioidi, il 11.9% da cannabinoidi, il 15.6% da cocaina.

I pazienti in carico al SerDP che hanno partecipato alla ricerca sono i candidati all'assessment psicodiagnostico e cioè gli utenti in accoglienza, gli utenti il cui progetto di cura necessita di una ridefinizione, quelli che si avviano alla conclusione di un trattamento metadonico a mantenimento, utenti in fase di presa in carico per un trattamento psicologico, in ingresso a un percorso in comunità terapeutica, utenti inviati in consulenza da altri servizi territoriali (CSM, Servizi Sociali) e, ultimi, ma non ultimi per importanza, gli utenti con sospetta comorbidità tra DUS e disturbo mentale.

## Risultati

### Scale di validità

Per quanto riguarda la prima ipotesi, emergono differenze significative tra i tre gruppi alle tre scale di validità considerate (vedi Tabella 1), con punteggi più elevati del gruppo dei tossicodipendenti alla scala F e punteggi più bassi alle scale L e K rispetto agli altri due gruppi considerati.

Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra i tre gruppi ( $p < .01$ ) ad eccezione del confronto fra il gruppo dei pazienti in-trattamento e quello dei non-clinici alla scala F (DM=1.46, ES=1.63,  $p=.37$ ).

### Scale fondamentali

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, emergono punteggi più elevati nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi circa le scale fondamentali, ad eccezione della scala 5-Mf (vedi Tabella 1).

Tab. 1 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente alle scale di validità e alle scale fondamentali nei tre gruppi

| Scala  | Gruppo | M     | DS    | F        | $\eta_p^2$ |
|--------|--------|-------|-------|----------|------------|
| F      | 1      | 67.50 | 16.26 | 62.88**  | .278       |
|        | 2      | 52.32 | 9.22  |          |            |
|        | 3      | 50.86 | 9.70  |          |            |
| L      | 1      | 47.26 | 9.17  | 29.84**  | .155       |
|        | 2      | 56.63 | 9.10  |          |            |
|        | 3      | 51.96 | 8.31  |          |            |
| K      | 1      | 42.65 | 9.69  | 48.90**  | .231       |
|        | 2      | 51.37 | 8.94  |          |            |
|        | 3      | 54.75 | 9.36  |          |            |
| 1 (Hs) | 1      | 57.19 | 10.82 | 53.65**  | .248       |
|        | 2      | 55.38 | 11.47 |          |            |
|        | 3      | 43.49 | 9.55  |          |            |
| 2 (D)  | 1      | 64.45 | 12.06 | 64.49**  | .283       |
|        | 2      | 52.75 | 8.87  |          |            |
|        | 3      | 49.00 | 10.33 |          |            |
| 3 (Hy) | 1      | 58.28 | 10.79 | 14.45**  | .081       |
|        | 2      | 52.19 | 10.30 |          |            |
|        | 3      | 51.36 | 10.07 |          |            |
| 4 (Pd) | 1      | 68.93 | 11.64 | 82.49**  | .336       |
|        | 2      | 56.86 | 9.75  |          |            |
|        | 3      | 53.23 | 6.20  |          |            |
| 5 (Mf) | 1      | 52.39 | 11.00 | 2.18     | .013       |
|        | 2      | 49.60 | 8.26  |          |            |
|        | 3      | 50.64 | 10.53 |          |            |
| 6 (Pa) | 1      | 66.12 | 15.51 | 49.42**  | .232       |
|        | 2      | 58.38 | 10.82 |          |            |
|        | 3      | 49.96 | 8.89  |          |            |
| 7 (Pt) | 1      | 60.90 | 10.62 | 121.81** | .428       |
|        | 2      | 52.49 | 9.46  |          |            |
|        | 3      | 39.76 | 10.17 |          |            |
| 8 (Sc) | 1      | 62.88 | 14.15 | 60.51**  | .271       |
|        | 2      | 53.70 | 8.93  |          |            |
|        | 3      | 47.28 | 7.36  |          |            |
| 9 (Ma) | 1      | 59.85 | 11.46 | 48.11**  | .228       |
|        | 2      | 54.79 | 13.03 |          |            |
|        | 3      | 45.04 | 9.27  |          |            |
| 0 (Si) | 1      | 56.61 | 11.01 | 24.56**  | .131       |
|        | 2      | 48.80 | 8.73  |          |            |
|        | 3      | 48.84 | 8.53  |          |            |

Note: F=Frequency Scale; L=Lie; K=Correction for Defensiveness; Hs=Hypochondria; D=Depression; Hy=Hysteria; Pd=Psychopathic Deviate; Mf=Masculinity-Femininity; Pa=Paranoia; Pt=Psychastenia; Sc=Schizophrenia, Ma=Hypomania. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. \*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$ .

Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra i tre gruppi ( $p < .01$ ), ad eccezione del confronto fra tossicodipendenti e pazienti in trattamento alla scala 1-Hs (DM=1.81, ES=1.43,  $p=.20$ ) e fra pazienti in-tratta-

mento e non-clinici alle scale 3-Hy (DM=.82, ES=1.40, p=.55) e 0-Si (DM=.04, ES=1.28, p=.97).

È stata inoltre calcolata una variabile dicotomica (0=assente; 1=presente) per evidenziare la presenza o meno di tratti clinici.

I risultati mostrano differenze significative tra i tre gruppi; in particolare i tossicodipendenti (M=.81, DS=.38) presentano tratti clinici con più frequenza rispetto agli altri due gruppi (in-trattamento: M=.54, DS=.50, non-clinici: M=.24, DS=.43;  $F_{2,326}=45.53$ ,  $p<.001$ ,  $\eta_p^2=.218$ ). Significativa è anche la differenza fra i tre gruppi rispetto all'Average Elevation Score, cioè alla media delle scale cliniche (tossicodipendenti: M=60.70, DS=7.97, in-trattamento: M=53.49, DS=6.26, non-clinici: M=47.86, DS=5.59;  $F_{2,326}=101.57$ ,  $p<.001$ ,  $\eta_p^2=.384$ ).

### Indici derivati dalle scale fondamentali

Per quanto riguarda la terza ipotesi, emergono differenze significative tra i tre gruppi rispetto agli indici derivati dalle scale fondamentali considerati in questo studio (vedi Tabella 2).

Tab. 2 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente agli indici derivati dalle scale fondamentali nei tre gruppi

| Scala | Gruppo | M      | DS    | F       | $\eta_p^2$ |
|-------|--------|--------|-------|---------|------------|
| FTI   | 1      | 1.07   | .19   | 4.63*   | .028       |
|       | 2      | 1.01   | .19   |         |            |
|       | 3      | .98    | .23   |         |            |
| AI    | 1      | 70.61  | 19.59 | 72.42** | .308       |
|       | 2      | 51.65  | 15.88 |         |            |
|       | 3      | 42.33  | 17.56 |         |            |
| NS    | 1      | 59.86  | 9.76  | 47.66** | .225       |
|       | 2      | 53.44  | 8.81  |         |            |
|       | 3      | 47.95  | 8.60  |         |            |
| PS    | 1      | 63.30  | 11.84 | 96.72** | .372       |
|       | 2      | 54.85  | 8.33  |         |            |
|       | 3      | 45.66  | 7.41  |         |            |
| OSI   | 1      | 38.82  | 12.11 | 9.35**  | .054       |
|       | 2      | 44.40  | 20.17 |         |            |
|       | 3      | 48.62  | 17.20 |         |            |
| IP    | 1      | 57.50  | 19.79 | 4.53*   | .027       |
|       | 2      | 64.03  | 18.90 |         |            |
|       | 3      | 58.07  | 14.23 |         |            |
| DI    | 1      | 4.86   | 1.93  | 80.64** | .332       |
|       | 2      | 3.04   | 1.19  |         |            |
|       | 3      | 2.34   | 1.25  |         |            |
| PAI   | 1      | -43.17 | 35.51 | 60.41** | .271       |
|       | 2      | -21.43 | 25.94 |         |            |
|       | 3      | -1.80  | 18.92 |         |            |

Note: FTI=Frustration Tolerant Index; AI=Anxiety Index; NC=Neurotic Score; PS=Psychotic Score; OSI=Organic Sign Index; IP=Index of Psychopathology; DI=Delinquency Index; PAI=Passive Aggressive Index. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. \*  $p<.01$ ; \*\*  $p<.001$ .

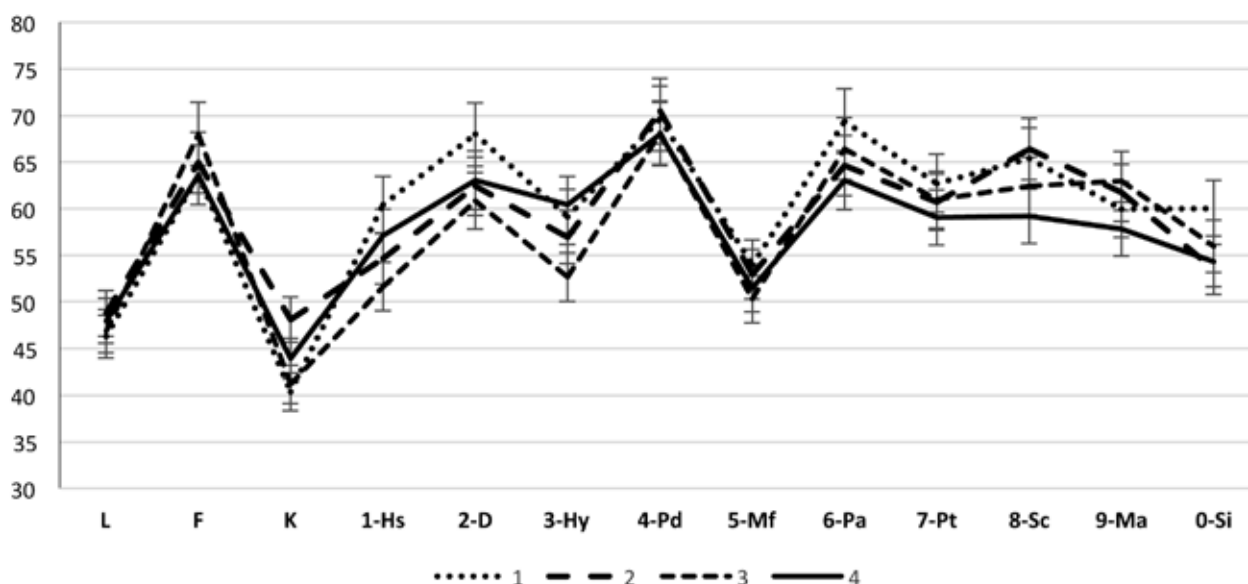
Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra tossicodipendenti e non-clinici all'indice FTI, indice di una scarsa tolleranza alle frustrazioni nei tossicodipendenti (DM=.08, ES=.03,  $p<.05$ ).

Tab. 3 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente alle Scale di Contenuto nei tre gruppi

| Scala | Gruppo | M     | DS    | F        | $\eta_p^2$ |
|-------|--------|-------|-------|----------|------------|
| ANX   | 1      | 64.52 | 12.07 | 78.47**  | .325       |
|       | 2      | 53.03 | 9.46  |          |            |
|       | 3      | 47.46 | 9.02  |          |            |
| FRS   | 1      | 51.58 | 10.25 | 4.25*    | .025       |
|       | 2      | 50.47 | 9.39  |          |            |
|       | 3      | 47.93 | 8.80  |          |            |
| OBS   | 1      | 59.94 | 11.69 | 63.95**  | .282       |
|       | 2      | 49.35 | 8.85  |          |            |
|       | 3      | 46.06 | 7.43  |          |            |
| DEP   | 1      | 67.93 | 13.89 | 114.15** | .412       |
|       | 2      | 51.30 | 9.29  |          |            |
|       | 3      | 47.15 | 8.30  |          |            |
| HEA   | 1      | 62.33 | 12.41 | 34.74**  | .176       |
|       | 2      | 54.64 | 10.25 |          |            |
|       | 3      | 50.58 | 8.79  |          |            |
| BIZ   | 1      | 61.31 | 16.75 | 31.75**  | .163       |
|       | 2      | 53.64 | 9.19  |          |            |
|       | 3      | 48.58 | 7.79  |          |            |
| ANG   | 1      | 58.83 | 13.23 | 39.79**  | .196       |
|       | 2      | 47.88 | 10.12 |          |            |
|       | 3      | 46.90 | 9.18  |          |            |
| CYN   | 1      | 56.57 | 10.02 | 34.27**  | .174       |
|       | 2      | 51.13 | 9.96  |          |            |
|       | 3      | 45.98 | 8.33  |          |            |
| ASP   | 1      | 59.33 | 11.11 | 37.83**  | .188       |
|       | 2      | 49.91 | 10.96 |          |            |
|       | 3      | 47.76 | 9.18  |          |            |
| TPA   | 1      | 55.55 | 10.02 | 30.57**  | .158       |
|       | 2      | 47.84 | 9.29  |          |            |
|       | 3      | 46.15 | 9.07  |          |            |
| LSE   | 1      | 59.82 | 12.38 | 56.18**  | .256       |
|       | 2      | 48.70 | 8.09  |          |            |
|       | 3      | 46.86 | 8.29  |          |            |
| SOD   | 1      | 55.08 | 12.04 | 13.98**  | .079       |
|       | 2      | 49.43 | 8.20  |          |            |
|       | 3      | 48.24 | 10.04 |          |            |
| FAM   | 1      | 60.85 | 12.64 | 47.01**  | .224       |
|       | 2      | 50.25 | 9.71  |          |            |
|       | 3      | 48.18 | 8.28  |          |            |
| WRK   | 1      | 62.48 | 12.44 | 80.51**  | .331       |
|       | 2      | 48.83 | 9.51  |          |            |
|       | 3      | 46.73 | 7.28  |          |            |
| TRT   | 1      | 60.80 | 13.20 | 56.55**  | .258       |
|       | 2      | 50.64 | 10.18 |          |            |
|       | 3      | 45.81 | 7.88  |          |            |

Note: ANX=Anxiety; FRS=Fears; OBS=Obsessiveness; DEP=Depression; HEA=Health Concerns; BIZ=Bizarre Mentation; ANG=Anger; CYN=Cynicism; ASP=Antisocial Practices; TPA=Type A; LSE=Low Self-Esteem; SOD=Social Discomfort; FAM=Family Problems; WRK=Work Problems; TRT=Negative Treatment Indicators. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. \*  $p<.01$ ; \*\*  $p<.001$ .

Fig. 1 - Scale di Validità e Scale Fondamentali nei quattro gruppi di tossicodipendenti



Note: 1-alcolisti (N=41), 2-consumatori di cannabinoidi (N=13), 3-cocainomani (N=17), 4-consumatori di oppioidi (N=38).

Risultano significative le differenze fra i tre gruppi agli indici AI (Anxiety Index) e PAI ( $p < .05$ ), come ipotizzato.

La media al DI (Delinquency Index), pur risultando più elevata nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi, non supera il valore di 6, come da ipotesi.

Anche per gli indici NS (Neurotic Score) e PS (Psychotic Score), per cui non erano state formulate delle ipotesi, si rilevano punteggi significativamente più elevati nel gruppo dei tossicodipendenti ( $p < .01$ ).

Contrariamente alle ipotesi, invece, tutti e tre i gruppi mostrano punteggi  $> 50$  all'indice IP, con elevazioni statisticamente significative nel gruppo in-trattamento rispetto agli altri due gruppi ( $DM = .76$ ,  $ES = 2.41$ ,  $p = 1.00$ ).

### Scale di contenuto

I risultati confermano la quarta ipotesi in quanto i punteggi alle scale di contenuto ottenuti dal gruppo dei tossicodipendenti sono significativamente più elevati rispetto agli altri due gruppi (vedi Tabella 3), ad eccezione della scala FRS.

In particolare, risultano tutte significative le differenze fra i tre gruppi alle scale ANX, OBS, DEP, HEA, BIZ, CYN e TRT ( $p < .05$ ), mentre alla scala FRS non risulta significativa la differenza fra il gruppo di tossicodipendenti e il gruppo dei pazienti in-trattamento ( $DM = 1.11$ ,  $ES = 1.28$ ,  $p = 1.00$ ). Alla scala ANG non risulta significativo il confronto fra il gruppo di pazienti in-trattamento e quello dei non-clinici ( $DM = .98$ ,  $ES = 1.48$ ,  $p = 1.00$ ), così come alle scale ASP ( $DM = 2.15$ ,  $ES = 1.41$ ,  $p = .38$ ), TPA ( $DM = 1.69$ ,  $ES = 1.27$ ,  $p = .56$ ), LSE ( $DM = 1.83$ ,  $ES = 1.31$ ,  $p = .49$ ), SOD ( $DM = -1.19$ ,  $ES = 1.37$ ,  $p = 1.00$ ), FAM ( $DM = 2.07$ ,  $ES = 1.39$ ,  $p = .42$ ) e WRK ( $DM = 2.10$ ,  $ES = 1.34$ ,  $p = .35$ ).

### Analisi relative al campione dei tossicodipendenti

Le analisi descrittive effettuate esclusivamente sul gruppo dei tossicodipendenti rilevano che l'82% del campione presenta caratteristiche di personalità di rilevanza clinica con picchi e *code-type* differenti; i più frequenti risultano il picco 4 (11%) e il picco 6 (16%).

Rispetto alle differenze di genere non emergono differenze significative fra maschi e femmine alle scale fondamentali ( $F_{2,107} = .92$ ,

$p = .519$ ), né alle scale di validità ( $F_{2,107} = 1.54$ ,  $p = .207$ ) o di contenuto ( $F_{2,107} = 1.33$ ,  $p = .198$ ).

Inoltre, contrariamente alle ipotesi, non emergono differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti rispetto all'Average Elevation Score (alcolisti:  $M = 62.66$ ,  $DS = 9.21$ , consumatori di cannabinoidi:  $M = 60.41$ ,  $DS = 7.78$ , cocainomani:  $M = 59.21$ ,  $DS = 6.05$ , consumatori di oppioidi:  $M = 59.33$ ,  $DS = 7.13$ ;  $F_{3,105} = 1.42$ ,  $p = .24$ ).

Come emerge dalla Figura 1, non si rilevano differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti né alle scale fondamentali né alle scale di validità, ad eccezione della scala 1-Hs che risulta più elevata negli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ( $F_{3,105} = 3.09$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .081$ ).

Come emerge dalla Figura 2, non si rilevano differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti alle scale di contenuto, ad eccezione della scala ANX che risulta più elevata negli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ( $F_{3,105} = 3.48$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .091$ ), DEP con punteggi più elevati negli alcolisti rispetto ai consumatori di cannabinoidi ( $F_{3,105} = 3.19$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .084$ ), LSE ( $F_{3,105} = 5.43$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .134$ ) con punteggi maggiori degli alcolisti rispetto ai consumatori sia di oppioidi ( $p < .05$ ) che di cannabinoidi ( $p < .01$ ), e WRK ( $F_{3,105} = 3.41$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .085$ ) con punteggi maggiori degli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ( $p < .05$ ). Per le scale HEA e CYN i risultati dell'Anova sono significativi (HEA:  $F_{3,105} = 3.00$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .079$ ; CYN:  $F_{3,105} = 3.29$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .086$ ) sebbene non emergono differenze fra i quattro gruppi, considerando i confronti multipli calcolati con l'aggiustamento di Bonferroni.

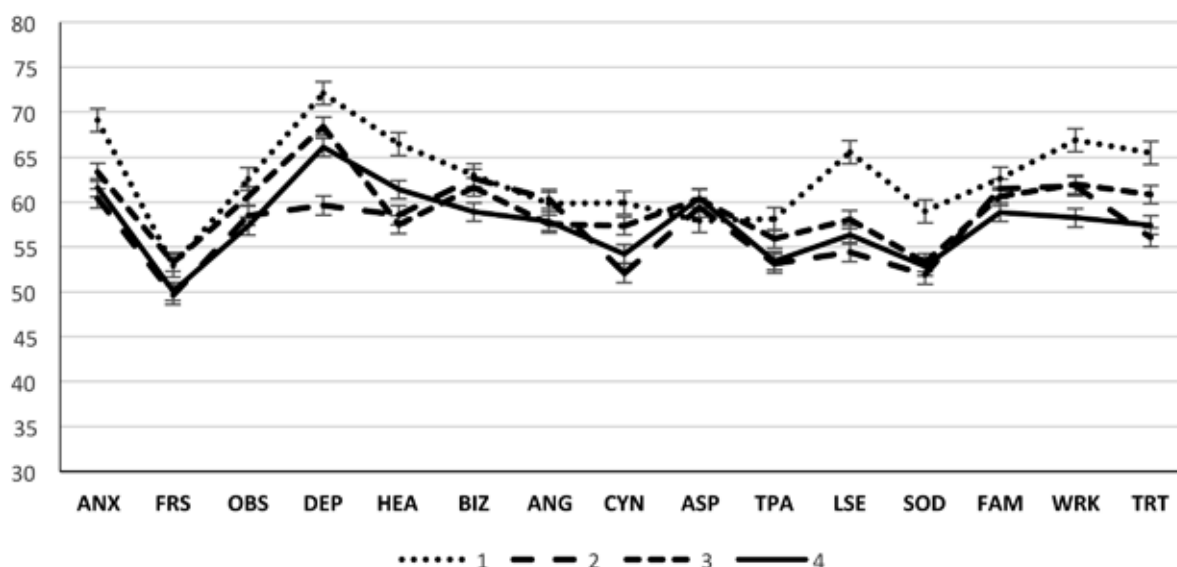
### Discussione e conclusioni

Il presente lavoro si inserisce nell'area di ricerca che si propone di verificare se esiste un profilo di personalità tipico delle persone con DUS che si rivolgono ai SerDP e se ci sono profili tipici correlati all'uso di una specifica sostanza psicotropa.

Infine, si propone anche di offrire qualche suggestione nella direzione della gestione metodologica della collaborazione tra settori diversi del SSN, come SerDP, NPIA CSM e SPDC, e delle offerte di cura, area nella quale a tutt'oggi emergono ancora rilevanti criticità relative alla insufficiente integrazione tra i diversi servizi sopracitati, nonostante già in passato fossero stati evidenziati (De Vivo, 2010).



Fig. 2 - Scale di Contenuto nei quattro gruppi di tossicodipendenti



Note: 1-alcolisti (N=41), 2-consumatori di cannabinoidi (N=13), 3-cocainomani (N=17), 4-consumatori di oppioidi (N=38).

In questa prospettiva, comunque qualcosa è stato prodotto (Ancona *et al.*, 2019; Magnani *et al.*, 2017) e anche l'assessment psicodiagnostico effettuato dagli psicologi del SerDP risulta essere un contributo importante alla definizione in équipe di un progetto di cura individualizzato di un'utenza sempre più complessa.

Infatti l'utenza dei SerDP sempre più spesso richiede progetti di cura cogestiti con altri servizi del SSN: CSM, NPIA, SSM.

Inoltre la letteratura sulla comorbilità evidenzia la centralità di definire fin dalla presa in carico la diagnosi psicopatologica per valutare la necessità di attivare in tempi brevi la collaborazione tra SerDP, NPIA e CSM competente per territorio (Raccomandazioni Regionali Adolescenza, 2017). La diagnosi precoce di comorbilità, infatti, è estremamente importante ed è una precondizione di un esito più favorevole della prognosi del progetto di cura.

L'appropriatezza della richiesta di consulenza del SerDP ai colleghi del CSM diventa quindi sempre più centrale nella messa a punto di un programma di cura efficace; tutti gli aspetti metodologici accennati nell'introduzione possono dare un'importante contributo in questa direzione assieme all'utilizzo nell'assessment psicodiagnostico effettuato anche tramite l'MMPI-2.

Innanzitutto, i risultati della presente ricerca mostrano maggiori livelli di patologia e scarse abilità di *coping*, rilevabili con l'utilizzo dell'MMPI-2, nel gruppo delle persone con DUS che si rivolgono ai SerDP rispetto agli altri due gruppi considerati, in-trattamento e non-clinici.

In particolare, emerge la presenza di numerosi sintomi e problemi e di una fragilità del Sé, come si rileva dai bassi punteggi alla scala K e dalle elevazioni alla scala F, all'Average Elevation Score e alle scale fondamentali, ad eccezione della scala 5-Mf, con punteggi medi che si elevano al di sopra del cut-off clinico per le scale 4-Pd e 6-Pa.

Da notare che la scala 5-Mf non è compresa tra le scale cliniche poiché rileva caratteristiche legate alle differenze di genere e di interessi e atteggiamenti verso il lavoro, rapporti sociali e hobbies, mentre la scala 0-Si, pur non essendo una scala clinica, è indicativa della tendenza al ritiro sociale, spesso conseguenza di condizioni psicopatologiche.

A conferma di ciò emerge che l'82% dei pazienti in carico al SerDP, considerati nella presente ricerca, mostra caratteristiche di personalità e/o sintomatologia di rilevanza clinica con picchi e *code-type* differenti; i più frequenti risultano essere il picco 4 (11%), e il picco 6 (16%).

Il primo, rilevato anche in precedenti studi italiani (De Fidio *et al.*, 2005), è caratterizzato da un livello elevato di disadattamento sociale

che comporta conflitti familiari e con le figure che ricoprono ruoli di autorità, scarse capacità empatiche, alienazione sociale con senso di estraneità e sfiducia negli altri e temi depressivi riguardanti deprivazione emozionale, insoddisfazione e sensi di colpa; il secondo è indicativo di una personalità con *locus of control* esterno, diffidente, rimuginativa, che tende al vittimismo, con un funzionamento emotivo organizzato secondo due modalità che si alternano: la tendenza ad evitare lo scontro e tentativo di ingraziarsi gli altri, mostrandosi eccessivamente accomodante e utilizzando modalità indirette di espressione della rabbia, e la tendenza al nervosismo e a sviluppare risentimento verso gli altri con scoppi di collera, aggressività e atteggiamenti provocatori (e.g., Dal Castello, 2015).

In tal senso, è ragionevole supporre che quei pazienti DUS con tratti clinici (i.e., la maggior parte) possano essere inviati ai servizi territoriali competenti per valutare l'eventuale comorbilità e successiva presa in carico per un lavoro congiunto e integrato.

Future ricerche potranno indagare nel dettaglio le caratteristiche specifiche di questi due tipi di personalità, valutando le elevazioni alle singole sottoscale di Harris e Lingoes, che nella presente ricerca non sono state prese in considerazione.

Rispetto agli indici derivati dalle scale fondamentali, quelli che sono risultati maggiormente indicativi e utili da rilevare relativamente ai tossicodipendenti sono gli indici FTI, l'AI e l'indice PAI.

Il primo rileva una scarsa capacità di tollerare le frustrazioni, il secondo la presenza di elevati livelli di ansietà e il terzo notevoli difficoltà nel controllo della rabbia dei tossicodipendenti con DUS che si rivolgono ai SerDP.

Tali indici, che solitamente non vengono riportati nelle ricerche (e.g., Ranieri *et al.*, 2012), possono fornire utili informazioni nella definizione del programma e delle offerte di cura del paziente che si rivolge al SerDP.

In questo senso diventano centrali programmi DBT di *skills training* psicosociali, individuali o di gruppo, che si sono dimostrati particolarmente efficaci nel trattamento della disregolazione emotiva e nella tolleranza dell'angoscia nella cura dei pazienti borderline (Linehan, 2011). Tali pazienti condividono alcuni aspetti con i pazienti tossicodipendenti oggetto della nostra ricerca, come la scarsa tolleranza alla frustrazione, la difficoltà nel controllo della rabbia e alti livelli di ansietà e proprio su questi aspetti la DBT ha messo a punto esercizi specifici, in particolare relativamente alla capacità di assumere un maggior control-

lo sulla propria mente (tecniche di mindfulness), alla efficacia interpersonale e alla regolazione emotiva.

Tali aspetti risultano essere obiettivi da cui le psicoterapie nei SerDP non possono prescindere, obiettivi che possono venire rafforzati da esercitazioni di gruppo.

Da notare, d'altra parte, la scarsa informatività di altri indici derivati dalle scale fondamentali, in particolare l'indice IP (Index of Psychopathology) che non si eleva significativamente nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi considerati nella presente ricerca, sebbene il gruppo dei tossicodipendenti mostri punteggi più elevati sia rispetto all'Average Elevation Score sia per la presenza di tratti clinici.

Questo risultato è legato probabilmente ai bassi punteggi ottenuti dai tossicodipendenti alla scala L, necessaria per il calcolo di questo specifico indice.

Relativamente a questa scala di validità, rispetto alla quale non erano state fatte ipotesi specifiche, il gruppo dei tossicodipendenti mostra punteggi medi inferiori a 49, ad indicare un atteggiamento incurante del giudizio altrui e una visione cinica degli altri, come evidenziato anche dalle elevazioni alla scala di contenuto CYN.

Per quanto riguarda le scale di contenuto dell'MMPI-2, che rilevano come la persona si percepisce, si rilevano punteggi più elevati nel campione dei tossicodipendenti rispetto al campione in-trattamento e a quello non-clinico, alle scale relative ai sintomi interni (ANX, OBS, HEA, BIZ), ad eccezione della scala FRS, con elevazioni che superano il cut-off clinico e alla scala DEP ad indicare aspetti cognitivi e atteggiamenti tipici dell'umore depresso, quali disperazione, anedonia e abulia, sentimenti di colpa e di fallimento con crollo dell'autoefficacia, pessimismo relativamente al futuro; anche le scale relative alle tendenze aggressive esterne (ANG, CYN, ASP, TPA), ai problemi generali (SOD, FAM, WRK, TRT) e alla scarsa autostima (LSE) risultano più elevate nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi.

Questi risultati sono in linea con precedenti studi in letteratura (e.g., De Fidio *et al.*, 2005) e indicano come le scale di contenuto possano fornire informazioni utili nel comprendere la sintomatologia e il comportamento del paziente che si rivolge al SerDP.

Va aggiunto che studi futuri potranno indagare l'utilità delle scale supplementari e delle PSY-5 dell'MMPI-2, che nella presente ricerca non sono state considerate.

Infine, i risultati ottenuti all'interno del gruppo dei tossicodipendenti indicano una tendenza degli alcolisti, rispetto ai consumatori di oppioidi, cannabinoidi e cocaina, ad utilizzare il canale corporeo per esprimere i propri disagi, anche psichici; questa tendenza evidenziata dall'elevazione della scala 1-Hs, è probabilmente legata a una difficoltà di mentalizzazione, intesa come capacità di rappresentazione simbolica, che porta a una concretizzazione del disagio.

A questo si aggiunge negli alcolisti una sintomatologia di tipo ansioso e depressivo accompagnata da una scarsa autostima e da un senso di fallimento in particolare in ambito lavorativo, come emerge dalle elevazioni alle scale di contenuto ANX, DEP, LSE e WRK.

Da notare che i risultati ottenuti sono da considerare preliminari e da confermare in studi futuri con campioni più numerosi.

In generale, possiamo concludere che i risultati di questo studio hanno importanti implicazioni a livello organizzativo e metodologico.

Emerge, come già evidenziato da De Vivo *et al.* (2010) in passato, la necessità di approntare, laddove non siano già previsti, dei percorsi metodologici di collaborazione tra SerDP, NPIA, SPDC e CSM in modo di facilitare la stesura di programmi di osservazione, diagnosi e trattamento che prevedano la stretta collaborazione tra operatori dei diversi servizi coinvolti.

Nei casi più complessi, lo strumento che è emerso essere il più efficace, da riunioni tra gli operatori dei SerDP, CSM e NPIA del DSM-DP dell'AUSL di Bologna svolti negli anni scorsi, è costituito da colloqui congiunti tra un operatore SerDP e CSM o NPIA e paziente comorbile. Inoltre, anche l'organizzazione di periodiche riunioni tra operatori appartenenti a settori diversi, ma coinvolti nella gestione dello stesso caso clinico, è risultato essere, per la nostra esperienza, un ottimo

strumento per la continua ridefinizione degli obiettivi del programma di cura richiesto dai pazienti comorbili e dal loro funzionamento ondivago.

## Riferimenti bibliografici

- Ancona V., Costa S., Landi M., Leonetti R., Parrino R.L., Farruggia R. (2019). Linee di indirizzo su emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: monitoraggio e risposte organizzative. *La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA*, 39: 144-150.
- Ball S.A., Carroll K.M., Robinson J.E., O'Malley S.S. (1997). Addiction severity and MMPI-derived typologies in cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 6(1): 83-86.
- Beall H.S., Panton J.H. (1956). Use of the MMPI as an index to "escapism". *Journal of Clinical Psychology*, 12: 392-394.
- Butcher J.N., Graham J.R., Williams C.L., Ben-Porath Y.S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 Content Scales*. University of Minnesota Press.
- Consoli G. (2013). Doppia Diagnosi o doppia cultura di trattamento. *Dal Dire al Fare*, 3.
- Craig R.J., Olson R. (1992). MMPI subtypes for cocaine abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(2): 197-205.
- De Fidio D., Magnani A., Mambelli M., Scirucchio V., Pancheri P. (2005). MMPI 2, comorbidità e correlazioni in utenti dei servizi territoriali psichiatrici e Ser.T. *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
- De Vivo *et al.* (2010). I pazienti tossicodipendenti multiproblematici. *Dal Dire al Fare*, 3.
- Del Castello E. (2015). *La diagnosi psicologica guidata dal MMPI-2*. Milano: FrancoAngeli.
- Fioritti A., Solomon J. (2002). *Doppia diagnosi: epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Gambetti E., Zucchelli M.M., Nori R., Giusberti F. (2019). Psychological assessment in abuse and neglect cases: the utility of the MMPI-2. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(6): 384-394.
- Goldberg L.R. (1965). Diagnosticians vs. Diagnostic Signs: The Diagnosis of Psychosis vs. Neurosis from the MMPI-2. *Psychological Monographs*, 79(9) (Whole No. 602).
- Hathaway S.R., McKinley J.C. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Linee di Indirizzo per i Disturbi Gravi di Personalità, Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche (2009) Salute nelle Carceri*.
- Linehan M.M. (2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo border di personalità* vol. I e II. Raffaello Cortina.
- Magnani A., Gambini D., Pileggi F. (2017). Linee di Indirizzo sulla gestione dei pazienti in comorbidità per un disturbo psichiatrico ed un disturbo da uso di sostanze. *Dal Dire al Fare*.
- Moss P.C., Werner P.D. (1992). An MMPI typology of cocaine abusers. *Journal of Personality Assessment*, 58(2): 269-276.
- Programma Regionale Dipendenze Patologiche – Obiettivi per il triennio 2017-2019*.
- Raccomandazioni Regionali (2017). *Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti*.
- Ranieri F., Casin E., Morabito F., Cocci V., Dimauro P.E. (2012). Personalità e tossicodipendenza: dieci anni di assessment con il test MMPI-2 in un Ser.T. italiano. *Mission*.
- Ranieri F., Gocci G. (1996). *Guida all'interpretazione dei principali test psicologici*. Guerini e Associati.
- Ruesch J., Bowman K.M. (1945). Prolonged post-traumatic syndromes following head injury. *American Journal of Psychiatry*, 102(2): 145-163.
- Walfish S., Massey R., Krone A. (1990). MMPI profiles of cocaine-addicted individuals in residential treatment: Implications for practical treatment planning. *Journal of substance abuse treatment*, 7(3): 151-154.
- Watson C.G., Thomas R.W. (1968). MMPI profiles of brain-damaged and schizophrenic patients. *Perceptual and Motor Skills*, 27(2): 567-573.
- Welsh G.S. (1952). An anxiety index and an internalization ratio for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 16(1): 65-72.
- Welsh G.S., Sullivan P.L. (1952). MMPI configurations in passive-aggressive personality problems. Unpublished materials, 308.

# Il diritto alla salute delle persone ristrette tra norme prassi e interventi a tutela

Francesco Maisto\*

## Le prassi

La droga, i tossicodipendenti ed il carcere sono balzati in primo piano appena attuate le irrazionali misure di restrizioni generalizzate di contrasto della pandemia in tutto il sistema penitenziario.

I tossicodipendenti sono stati infondatamente additati come fomentatori delle rivolte delle carceri di S. Vittore e Modena.

In particolare, in relazione alla rivolta nel carcere di Modena, è emersa tutta l'inadeguatezza dei piani di emergenza e degli interventi sulle tossicodipendenze al punto che, sulla base delle autopsie, si è descritto il decesso di otto detenuti, sostanzialmente per eccessiva assunzione di metadone e farmaci equivalenti, all'esito dell'assalto all'infermeria.

Nulla infatti è stato chiarito sulla omessa somministrazione del *Narcan* in loco (pure disponibile nelle tende di soccorso apprestate fuori dal carcere), prima di trasferire i detenuti stessi verso carceri lontane centinaia di chilometri.

L'emergenza Covid-19 ha fatto esplodere tutte le contraddizioni lungamente ignorate del sistema carcere, aggravando una situazione già estremamente difficile, caratterizzata, in primo luogo, dal sovraffollamento e dalla radicata convinzione che punire significhi immobilizzare e non utilizzare il tempo per la cura.

In due anni di pandemia il carcere è cambiato anche per le continue ricollocazioni interne a causa di improvvisi focolai e del minore impegno in presenza degli operatori.

È noto che il rapporto fra carcere e droghe è da anni molto stretto e che, ciononostante, questo settore viene trascurato dal DAP maggiormente in questo decennio.

I dati forniti dalla Relazione annuale dal Garante nazionale delle persone private della libertà personale sono eloquenti in tal senso: nell'ultimo rilevamento del 24 settembre 2021 la percentuale delle persone detenute per spaccio era del 33.8% (18888 di cui 6313 straniera).

Dei 18.888 detenuti per droga, 12.274 sono condannati con sentenza definitiva. I dati più significativi sull'entità della pena inflitta indicano che: 271 devono espiare una pena inferiore a 1 anno; 1.603 sono condannate a una pena compresa tra 1 e 3 anni; 5.801 sono condannate a una pena tra 1 e 6 anni; 5.471 sono condannate a una pena tra i 6 e i 20 anni.

Questi numeri sono altamente significativi in quanto forniscono molte e rilevanti indicazioni. Innanzi tutto la maggioranza dei reati appare qualificabile come di spaccio "minore", puniti con pene comprese nei termini edittali previsti dal 2014 a oggi per le droghe leggere (da 2 a 6 anni) e prossime al minimo della pena prevista per le droghe pesanti (da 6 a 20 anni), dopo la

sentenza n. 40 del 2019 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 73, comma 1, del DPR 309/90, nella parte in cui prevede la pena minima edittale della reclusione nella misura di otto anni, anziché di sei anni.

In secondo luogo, l'esecuzione in carcere è chiaramente riferibile, per l'entità delle pene, a fatti di lieve entità o riguardano sostanze stupefacenti leggere.

Le 271 persone condannate a una pena minima (inferiore a 1 anno) sono connotate da condizioni di particolare fragilità sociale alle quali né l'impianto normativo, né l'apparato giudiziario, né la rete sociale sanno proporre soluzioni per evitare di un tempo vuoto (nemmeno sufficiente per impostare un programma di trattamento risocializzante adeguato e individualizzato) all'interno del circuito detentivo.

In terzo luogo, i dati sull'entità delle pene residue evidenziano la carenza di funzionamento del sistema delle misure alternative alla detenzione in carcere. Ed infatti: sulle 12.274 persone condannate con sentenza definitiva,

2.251 devono ancora scontare 1 anno della pena inflitta;

2.228 devono ancora scontare da 1 a 2 anni della pena inflitta;

7.867 devono ancora scontare da 1 a 4 anni della pena inflitta.

Peraltro bisogna evidenziare come le indicate caratteristiche delle condanne e delle pene relative a reati di droga convivano in un sistema carcerario che è veicolo di diffusione delle droghe ed amplifica la morbilità connessa agli stati di tossicodipendenza.

Si tratta di numeri e tipologie tanto rilevanti da restituire un'immagine del carcere reale in contrasto da quella ufficiale di una percentuale bassa di detenuti in trattamento per dipendenza patologica. Infatti, secondo l'Osservatorio di Antigone sulle condizioni di detenzione si registrano solo 3101 casi di tossicodipendenti accertati, ed allocati in 82 carceri.

Carenze ed omissioni sconcertanti come le carceri ancora sfornire del Ser.D.

Eppure questo tipo di servizi è stata la prima area di intervento sanitario trasferita dalla cd. sanità penitenziaria alle Regioni (dal primo gennaio del 2000), e quindi, in maniera stabile ai Ser.T (oggi Ser.D.), a riprova di quanto fosse urgente intervenire, anche per garantire una uniformità ed una continuità di presa in carico fra "dentro e fuori".

La continuità terapeutica è ancora uno dei punti deboli del sistema, che di frequente non permette di reperire in tempi adeguati le informazioni sulle terapie di una persona in ingresso in Istituto, o di comunicarle agli altri Istituti durante i trasferimenti.

La cartella clinica informatizzata che permetterebbe di ovviare a questo problema (anche per tutte le patologie), è stata attivata soltanto dal 25% dei servizi sanitari degli Istituti nel 2019, e fra questi ci sono Istituti che lamentano comunque difficoltà nell'invio dei dati per problemi alle linee di connessione internet, a volte completamente assenti.

\* *Garante dei diritti delle persone limitate nella libertà personale del Comune di Milano. Presidente emerito del Tribunale di Sorveglianza di Bologna.*

Inoltre sono facilmente riscontrabili sia una maggiore rigidità ed una minore personalizzazione dei programmi terapeutici per i detenuti rispetto alle persone libere, sia una dichiarata scarsa condivisione con l'interessato degli obiettivi di programma, sia la netta prevalenza di interventi finalizzati alla completa astinenza, piuttosto che programmi di somministrazione a mantenimento (in alcuni istituti non è nemmeno previsto l'uso di sostitativi: cfr. progetto Iride 2017), sia la diffusa somministrazione costante di altri farmaci.

Questa impostazione quasi generale nelle carceri, non solo è ingiustificata, ma anche controproducente per l'eventuale successo di programmi terapeutici personalizzati in quanto contrasta con le favorevoli prassi seguite sul territorio.

Sembrano infine deludenti tanto il ridotto numero di concessioni degli affidamenti in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma concordato con l'ASL (art. 94 del 309/90) che coinvolgono ogni anno poco più di 2000 condannati, quanto la connotazione istituzionalizzante degli affidamenti presso comunità residenziali, anziché presso i servizi territoriali.

Si tratta all'evidenza di una prevalente e recente linea giurisprudenziale della Magistratura di sorveglianza che privilegia le strutture "chiuse", configurando così un continuum istituzionale col carcere che assicura la "custodia" del detenuto, che tradisce l'essenza del *probation* e del rischio strutturale, che non tiene conto della crisi del welfare.

Non sembra quindi peregrina la tesi secondo la quale la stessa magistratura abbia trascurato da alcuni anni le specifiche e prevalenti finalità dell'affidamento terapeutico che dovrebbe sempre tener conto delle fragilità dei consumatori di droghe.

Sembra quasi che anche nella Magistratura sia progressivamente cresciuta, come in tutta la società, un'opinione ostile a tematiche di «recupero» e di «reinserimento».

Come ha scritto il Garante nazionale: "l'utopia del recupero sarebbe veicolo di un abbassamento della funzione di deterrenza che la pena porta con sé.

Quindi, il progressivo affermarsi di un'ipotesi di «reinserimento impossibile» che alcuni reati o alcuni soggetti (o alcuni contesti in cui il reato è maturato) porterebbero necessariamente con sé: rispetto a essi non sarebbe possibile alcuna funzione, se non quella strettamente segregativa e retributiva.

Il carcere ha così aumentato la sua connotazione di ineluttabilità, di luogo rimosso dalla società, di mondo-altro".

## Il contesto

Negli anni di pandemia anche ai detenuti tossicodipendenti sono state applicate le stesse misure e restrizioni degli altri, ed i meccanismi abituali di concessione delle misure alternative ad hoc hanno subito restrizioni non solo per le legittime e ragionevoli misure di contrasto del contagio, ma anche per la riduzione dei servizi e, soprattutto, per taluni eccessi di cautele che hanno caratterizzato la formulazione dei programmi terapeutici da sottoporre alla Magistratura di sorveglianza. Probabilmente sono state eccessive alcune indicazioni operative relative alla formulazione di Programmi Terapeutici domiciliari, come la valutazione sanitaria del contesto in cui il paziente tossicodipendente sarebbe stato collocato, la valutazione dell'affidabilità della persona e dell'esclusione di un elevato rischio di ricaduta, la valutazione della capacità di atenersi alle regole emanate per il contenimento dell'infezione

Covid-19, la disponibilità di abitazione e di supporto economico, la valutazione del disagio e/o disfunzionalità nelle relazioni familiari, la valutazione di revoche recenti di altri Programmi Terapeutici, la valutazione di terapie farmacologiche in corso: per i pazienti che assumono terapie farmacologiche di rilievo.

Si tratta di indicatori diagnostici esorbitanti i parametri normativi richiesti dall'art. 94 del TU sugli stupefacenti che appare ancora importante sottolineare nella fase in cui ci si avvia alla fine delle misure pandemiche.

Ed allora, bisogna avere maggiore e piena consapevolezza rispetto ai presupposti per l'applicazione della misura:

- a) limite pena: la pena in espiazione non deve essere superiore a sei anni o a quattro anni in caso di sentenza o provvedimento di cumulo contenente condanna per reato previsto dall'art. 4 bis l.p.;
- b) accertamento del Tribunale sulla non strumentalità e preordinazione al conseguimento del beneficio dello stato di tossicodipendenza o alcoldipendenza o dell'esecuzione del programma di recupero;
- c) certificazione Ser.T. (in documento unitario o in più documenti) prodotta dall'interessato a pena di inammissibilità della domanda attestante:
  1. lo stato di tossicodipendenza o di alcoldipendenza (che deve essere attuale al momento in cui deve essere eseguita la pena);
  2. la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche;
  3. la presenza di un programma terapeutico in corso (e, quindi, da proseguire), o a cui intenda sottoporsi (e, pertanto, da intraprendere);
  4. l'idoneità del programma terapeutico concordato ai fini del recupero psicofisico del condannato e a prevenire il pericolo di commissione di ulteriori reati in quanto effettivamente capace di incidere sulla causa criminogena connessa all'uso di sostanze stupefacenti e sulla capacità delinquenziale del soggetto tossicodipendente.

## Le norme

In tempo di pandemia da Covid-19 ipocrisie e distorsioni hanno caratterizzato la polemica sul diritto alla salute dei detenuti, facendo emergere posizioni ideologiche e politiche difformi dal dettato costituzionale, in nome della prevalenza della indefettibilità della pretesa punitiva dello Stato e delle finalità di prevenzione generale del carcere.

Vero è, invece, che la salute è diritto "fondamentale", l'unico ad essere definito tale nella Costituzione (art. 32 Cost.), un diritto non comprimibile e non derogabile (come si afferma nell'art. 15 della Carta Europea), e soprattutto, un diritto che non può essere oggetto di bilanciamenti con altri valori, come più volte ha ricordato la Corte EDU.

Da questo ancoraggio normativo ineludibile discende la consapevolezza del valore assoluto, che va affermato e tutelato nei confronti di tutti, senza alcuna eccezione, incluse le persone detenute.

Preliminare ad ogni discorso sul diritto alla salute è quello sull'informazione.

Invece la scelta "nord coreana" dell'Amministrazione penitenziaria ha reso soprattutto difficile capire quali sono le misure adottate per contrastare il Covid-19 in carcere, per tutelare la

salute dei detenuti, del personale di polizia penitenziaria ma, direi, dell'intera collettività.

Oggi però, anche in forza dell'art.8 della Convenzione Europea si configura, anche per i detenuti, come per i liberi, il diritto alla prevenzione.

L'emergenza coronavirus ci consente di fare un passo avanti e di vedere che dobbiamo includere in maniera definitiva la prevenzione tra i contenuti del diritto alla salute dei detenuti.

Occorre allora ricordare che la Corte Costituzionale, al fine della tutela del diritto alla salute, con la Sentenza n. 438 del 18 ottobre 1995, rimarcò: "il valore della salute nel particolare consorzio carcerario come bene da porre a raffronto con gli altri coinvolti, un bene, per di più, la cui tutela assumeva peculiare risalto...".

Precisò poi (con un argomento che ben si attaglia all'attuale pandemia ed alla scarsità di dispositivi protettivi) che "la scarsità di adeguati presidi terapeutici e di supporto, la totale assenza di strumenti preventivi e la peculiare condizione soggettiva di chi è portatore di una malattia indubbiamente gravissima, per di più circondata da non pochi pregiudizi che fortemente ostacolano il reinserimento sociale, hanno così finito per rappresentare un coacervo di problematiche che la norma censurata ha integralmente trasferito sulla intera collettività.

Se, quindi, la salute collettiva nel particolare contesto carcerario – che costituisce, come si è detto, il dichiarato obiettivo perseguito dalla norma – rappresenta un bene sicuramente da preservare, giacché il diritto alla salute di ciascun individuo implica il relativo bilanciamento "con il dovere di tutelare il diritto dei terzi che vengono in necessario contatto con la persona per attività che comportino un serio rischio, non volontariamente assunto, di contagio" (v. sentenza n. 218 del 1994)".

Da tali norme primarie discende la normativa ordinaria di tutela delle salute dei tossicodipendenti, ancorché abbiano commesso reati, come, in particolare gli artt. 89 e 94 del DPR 309/90.

Si tratta di normativa di "favore" per una condizione di fragilità e finalizzata al recupero, come chiaramente sancisce la Corte di Cassazione (Sentenza n. 1410 del 30/10/2019 Cc. (dep. 15/01/2020) Rv. 277924 – 01, Sez. 1): "ai fini del giudizio prognostico in ordine alla realizzazione delle prospettive cui è finalizzato l'istituto, e, quindi, dell'accoglimento o del rigetto dell'istanza, non possono, di per sé, da soli, assumere decisivo rilievo, in senso negativo, elementi quali la gravità del reato per cui è intervenuta condanna, i precedenti penali o la mancata ammissione di colpevolezza, né può richiedersi, in positivo, la prova che il soggetto abbia compiuto una completa revisione critica del proprio passato, essendo sufficiente che, dai risultati dell'osservazione della personalità, emerga che un siffatto processo critico sia stato almeno avviato".

## La tutela dei diritti

Oltre tutte le azioni civili, penali ed amministrative a tutela dei diritti dei tossicodipendenti esperibili in presenza dei presupposti di legittimità e di merito, il nostro ordinamento giuridico prevede un policentrismo istituzionale di controllo che si impernia sulla Magistratura di sorveglianza e sui Garanti delle persone private della libertà personale.

L'art. 69 della L. n. 354/75 sancisce che:

"1. Il magistrato di sorveglianza vigila sulla organizzazione degli istituti di prevenzione e di pena e prospetta al Ministro le esi-

genze dei vari servizi, con particolare riguardo alla attuazione del trattamento rieducativo.

2. Esercita, altresì, la vigilanza diretta ad assicurare che l'esecuzione della custodia degli imputati sia attuata in conformità delle leggi e dei regolamenti".

L'articolo 7 del decreto legge 23 dicembre 2013, n. 146, convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2014, n. 10, ha istituito il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale e gli ha attribuito il compito di vigilare affinché la custodia delle persone sottoposte alla limitazione della libertà personale sia attuata in conformità alle norme nazionali e alle convenzioni internazionali sui diritti umani ratificate dall'Italia.

Il Garante nazionale è un'Autorità di garanzia, collegiale e indipendente, non giurisdizionale che ha la funzione di vigilare su tutte le forme di privazione della libertà.

Si tratta di un organismo statale indipendente in grado di monitorare, visitandoli, i luoghi di privazione della libertà (oltre al carcere, i luoghi di polizia, i centri per i migranti, le Residenze per le misure di sicurezza-REMS, recentemente istituite dopo la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, gli SPDC – cioè i reparti dove si effettuano i trattamenti sanitari obbligatori, ecc.).

Il Garante espleta liberamente il proprio mandato a tutela dei diritti delle persone che in qualsiasi forma e anche in assenza di un provvedimento formale siano private della libertà personale da parte dell'Autorità pubblica o in conseguenza di sue decisioni od omissioni.

In modo del tutto indipendente e senza alcuna interferenza, il Garante visita i luoghi di cui all'articolo 4 del Protocollo Onu; svolge colloqui visivi riservati con le persone in essi ospitate, senza testimoni, nonché con ogni altra persona che possa fornire elementi utili all'esercizio della propria funzione preventiva; prende visione di ogni documento ritenuto necessario, inclusi, previo parere anche verbale dell'interessato, quelli di carattere medico.

Scopo delle visite è quello di individuare eventuali criticità e, in un rapporto di collaborazione con le autorità responsabili, trovare soluzioni per risolverle.

A livello territoriale le Autonomie locali promuovono figure di garanzia con tre compiti:

1. promuovere l'esercizio dei diritti e delle opportunità delle persone private della libertà personale;
2. monitorare le condizioni detentive, anche attraverso visite nei luoghi di detenzione della città;
3. segnalare alle autorità competenti il mancato o l'inadeguato rispetto dei diritti a seguito di segnalazioni che giungano al proprio ufficio, anche in via orale.

In sintesi, tutte le Autorità di Garanzia hanno due modalità di azione:

1. la modalità reattiva come una difesa civica, fuori e prima dei tribunali, a tutela del diritto del singolo nei rapporti con la Pubblica Amministrazione;
2. la modalità proattiva di prevenzione e di indirizzo, quindi, un'endiadi non scindibile.

Si tratta, all'evidenza, di azioni che ben si attagliano sia per i casi dei singoli tossicodipendenti detenuti che aspirano ad un programma terapeutico penitenziario, sia per quelli che aspirano alle misure alternative alla detenzione.

Ugualmente importante appare la funzione di stimolo e di vigilanza sull'effettivo funzionamento del Ser.D. in carcere di programmi di trattamento avanzato.

Tale legittimazione del Garante consente proprio nella fase postpandemica di stimolare, di richiedere la piena ripresa dei Ser.D. nelle carceri e l'attuazione dei Protocolli di Intesa sospesi a causa dell'emergenza.

In particolare, a livello nazionale, il Protocollo operativo tra FEDERSERD e CONAMS per la applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 del DPR 309/90 che dovrebbe essere operativo.

Ed a livello regionale, ad esempio, il Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alle procedure di collaborazione nell'esecuzione penale esterna e nell'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti di tossicodipendenti e alcolodipendenti, Regione Emilia-Romagna (DGR 771/2010).

## Le riforme necessarie

Si condividono le proposte di riforma della legge sugli stupefacenti proposte nel corso dell'ultima Conferenza Nazionale sulla droga.

Bisogna prendere atto che la prima causa del sovraffollamento penitenziario è la recidiva, significativa del fallimento della pena detentiva, almeno così come configurata nelle attuali prassi, nell'assolvere la funzione riabilitativa.

L'idea che la detenzione possa rappresentare lo stimolo al cambiamento si svuota di significato se l'esperienza del carcere comporta ulteriori conseguenze negative per la ridotta disponibilità trattamentale, soprattutto se il sovraffollamento carcerario priva il detenuto non solo della sua libertà, ma anche di altri diritti.

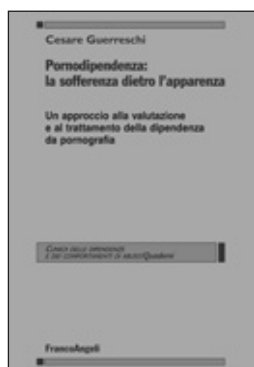
La riduzione delle fattispecie incriminatrici ed un più esteso e qualificato ricorso alle misure alternative alla detenzione, produrrebbero un'elevata deflazione del circuito carcerario.

In questa prospettiva bisognerebbe:

1. espungere alcune condotte illecite contemplate nelle 22 fattispecie dell'art. 73, commi 1 e 1bis, come la coltivazione di cannabis a scopo domestico e la cessione di modeste quantità per uso di gruppo, e introdurre la "finalità del profitto" per tutte le condotte tipizzate;
2. rivedere l'impianto sanzionatorio dei reati previsti ai commi 1 e 4 dell'art. 73 DPR 309/90 (anche in base alla sentenza 12.02.2014 n. 32 della Corte Costituzionale), riducendo i limiti edittali per entrambe le ipotesi in modo da escludere l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza. Il minimo edittale dovrebbe essere sotto la soglia di accesso all'affidamento terapeutico. Ciò consentirebbe la fruizione delle misure alternative alla detenzione in carcere e faciliterebbe l'accesso alla sospensione del processo con la procedura dell'istituto della "messa alla prova" (art. 168 bis del C.P.);
3. escludere in ogni caso la previsione dell'arresto obbligatorio;
4. eliminare il criterio tabellare del superamento delle soglie per uso personale;
5. inserire i lavori di pubblica utilità come possibile sanzione, al posto della reclusione, per alcune fattispecie incriminatrici comprese nell'art. 73;
6. ampliare l'applicazione del comma 5bis dell'art. 73 del DPR 309/90 e "messa alla prova" per avviare percorsi di giustizia riparativa, creando opportunità e incoraggiamento verso una maggiore responsabilizzazione rispetto alle conseguenze delle proprie azioni.

*L'articolo è tratto dal volume È possibile la salute in carcere? Salute mentale e Dipendenze: la complessità della cura. A cura di Pietro Buffa, Roberto Ranieri, Marco Riglietta, Concettina Varango (CeRCo Edizioni, Milano, 2022)*

## RECENSIONE



Cesare Guerreschi

### **PORNODIPENDENZA: LA SOFFERENZA DIETRO L'APPARENZA. UN APPROCCIO ALLA VALUTAZIONE E AL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA PORNOGRAFIA**

Codice: 231.3.5

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/Quaderni  
euro 18,00

Editore: FrancoAngeli

ruolo nella società odierna, nonché la sua influenza sulle nuove generazioni e sul modo di vivere la sessualità. Vengono presentate, inoltre, le storie di persone che si sono trovate a confrontarsi con questa problematica e vengono esplorate le caratteristiche, le dinamiche, i meccanismi interni di tale dipendenza. Spazio è riservato alla descrizione dei metodi di trattamento della pornodipendenza, con un maggior approfondimento sulla metodologia usata in S.I.I.Pa.C. (Società Italiana Intervento sulle Patologie Compulsive), con aspetti e tecniche innovative e all'avanguardia. Percorsi terapeutici che, seppur dolorosi, permettono a tante persone pornodipendenti di riappropriarsi della loro vita, recuperando il proprio equilibrio, le proprie relazioni e la propria affettività.

*Cesare Guerreschi*, psicoterapeuta, fondatore e presidente della S.I.I.Pa.C., pioniere in Italia dei programmi di prevenzione e trattamento per le new addiction, tra i massimi esperti in Europa. Tra le sue numerose pubblicazioni: *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita* (2008); *La dipendenza sessuale: quando il sesso può uccidere* (2011); *La dipendenza affettiva: ma si può morire anche d'amore?* (2011); *Chemsex, quando l'amore necessita della droga* (2020).



# ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



**CLASSE H:** Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL  
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Deposito presso AIFA il 06/05/2019 - MP2019/005



# Nuovo Governo del Paese: fondamentale potenziare i Servizi delle Dipendenze.

## Una nota di FeDerSerD per la nuova Agenda della Politica

I cambiamenti nel mondo dei consumi problematici e delle dipendenze sono spesso evocati, come la preoccupazione per le nuove droghe e la diffusione tra i giovani.

Questo spinge a necessità di azioni che devono entrare nella agenda della politica.

In *primis* bisogna garantire su tutto il territorio nazionale la esigibilità da parte dei cittadini delle prestazioni previste dai LEA vecchi e nuovi.

Essenziale è lo sviluppo delle attività di prevenzione e presa in carico precoce dei giovani consumatori e degli interventi specialistici multidisciplinari per contrastare la diffusione di nuove droghe psicoattive e di farmaci di potenziale abuso e dipendenza.

Il potenziamento del ruolo dei Servizi delle Dipendenze-SerD nell'ambito della sanità pubblica è necessario per ridurre gli effetti delle conseguenze sanitarie e sociali dei consumi, delle overdose e del contagio e della diffusione delle malattie infettive, compresa l'eradicazione dell'Epatite C.

La realizzazione di programmi terapeutici riabilitativi individuali devono prevedere la presa in carico della persona con le corrette integrazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali.

È ormai urgente la costruzione di un sistema di intervento inclusivo di tutte le dipendenze patologiche, sia da droghe legali che illegali e dei comportamenti dannosi o «additivi».

E lo sviluppo di servizi e di interventi di prossimità, come indicato dalla esperienza pandemica, per la realizzazione di interventi precoci.

Gli impegni della VI Conferenza governativa nazionale sulle Dipendenze tenutasi a Genova nel novembre scorso e i contenuti del recentissimo Piano di Azione Nazionale Dipendenze sono chiari e attendono applicazioni. È necessario favorire l'incremento di almeno il 35% delle risorse di personale di tutte le professionalità e l'adeguamento delle strutture dei SerD (ora possibile per la applicazione del PNRR).

Bisogna integrare il ruolo centrale delle strutture delle dipendenze nella nuova sanità territoriale. Confermare la scelta della forma organizzativa autonoma del Dipartimento delle Dipendenze.

Istituire la disciplina di «clinica delle dipendenze» e della specializzazione universitaria relativa. Riconoscere alle strutture del privato sociale un ruolo omogeneo e importante nel sistema di intervento.

Potenziare gli interventi, i programmi, le politiche di riduzione del danno assunti come patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze.

Modificare il TU 309/90 sulle dipendenze a oltre trent'anni dalla sua emanazione.

*FeDerSerD prosegue il suo impegno in un raccordo continuo con gli operatori del sistema dei servizi italiani.*

*Mentre continuerà a presidiare le tappe di lavoro negli organi istituzionali, FeDerSerD richiama le forze politiche e in primis il nuovo Governo a considerare i punti qualificanti sopra evidenziati.*

Settembre 2022

FeDerSerD

aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Consiglio Direttivo Nazionale

Guido Faillace (presidente)  
 Roberta Balestra (vicepresidente)  
 Concettina Varango (segretario esecutivo)  
 Felice Nava (direttore comitato scientifico)  
 Giulia Audino, Liborio Cammarata,  
 Edoardo Cozzolino, Maria Luisa Grech,  
 Antonella Manfredi, Lilia Nuzzolo,  
 Margherita Taddeo, Alessandro Coacci (p. president),  
 Fausto D'Egidio (p. president),  
 Alfio Lucchini (p. president), Vincenzo Lamartora,  
 Marco Riglietta, Giovanni Galimberti,  
 Liliana Schifano, Rosalba Cicalò, Angelo Solinas,  
 Giorgio Serio, Vincenza Ariano, Giorgio Pannelli,  
 Daniele Pini, Paola Trotta, Stefano Burattini,  
 Mara Gilioni, Maurizio D'Orsi, Bettina Meraner,  
 Francesco Sanavio, Roberto Calabria, Meri Bassini,  
 Andrea Monculli

### 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 2023 - 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 2023
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2023
- 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 \_\_\_\_\_