

FeDerSerD

informa n. 34

novembre 2021

X CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

PER UNA MEDICINA DEL TERRITORIO DA RIFONDARE

*I Servizi
delle Dipendenze
in una nuova
Sanità pubblica*

3 | 4 | 5 novembre 2021

Le esperienze locali di buone prassi pervenute
secondo le aree tematiche:



indice

AREA TEMATICA 1 CLINICA

- 1.1 MODELLO "SNODI DECISIONALI". UNA PROPOSTA DI INTERVENTO NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - pag. 3
- 1.2 GRUPPI IN REMOTO PER SMETTERE DI FUMARE: RISULTATI PRELIMINARI - pag. 8
- 1.3 IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO ALL'INTERNO DELLA CASA CIRCONDARIALE DI BERGAMO - pag. 12
- 1.4 I PROGRAMMI DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE: UN PERCORSO AD OSTACOLI TRA I BISOGNI DELL'UTENZA E LA CRITICITÀ DELLE RISPOSTE - pag. 15
- 1.5 EFFETTI A BREVE E LUNGO TERMINE DELLA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA RIPETITIVA (RTMS) SULLA DIPENDENZA DA COCAINA E GIOCO D'AZZARDO - pag. 16
- 1.6 PROFILO DEL PAZIENTE CON LA MIGLIORE ADERENZA AL TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LA DIPENDENZA DA OPIACEI CON LEVO-METADONE - pag. 18
- 1.7 AUDIOVIDEO "PROGETTO GRUPPO GIOVANI KAIRÒS" - pag. 21
- 1.8 STUDIO APERTO, MULTICENTRICO, A BRACCIO SINGOLO DI INIEZIONI MENSILI DI BUPRENORFINA A RILASCIO PROLUNGATO IN PERSONE CON DISTURBO DA USO DI OPIOIDI (OUD): LO STUDIO COLAB - pag. 22
- 1.9 L'IPNOSI NELL'ALCOLDIPENDENZA, LA SINDROME DI ZIEVE - pag. 26
- 1.10 NUOVE POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE NELLA TERAPIA DEI DISORDINI DA OPIOIDI - pag. 34
- 1.11 LA PSICOEDUCAZIONE IN CARCERE E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO - pag. 36
- 1.12 DISTURBO DA USO DI SOSTANZA E AGGRESSIVITÀ: OSSERVAZIONE E TRATTAMENTO IN CARCERE - pag. 39
- 1.13 DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI NEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON E AGONISTI DOPAMINERGICI: STUDIO DEI POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO FARMACOCINETICI E PSICOLOGICI - pag. 43
- 1.14 DISULFIRAM: VECCHIO FARMACO, NUOVE POTENZIALITÀ? - pag. 50
- 1.15 CARCERE, SEZIONE PROTETTA: TRA MALTRATTAMENTO AGITO E PROBLEMI DI SOSTANZE PRESA IN CARICO, TRATTAMENTO E POSIZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA DI FRONTE ALL'AGITO VIOLENTO - pag. 52
- 1.16 I SERD DI TORINO E PROVINCIA E LA CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO: I RISULTATI DI UNA COLLABORAZIONE "EFFICACE" NEL TRATTAMENTO DELL'EPATITE DA HCV - pag. 58
- 1.17 "ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY" PER IL GAMBLING DISORDER (DGA) - pag. 61
- 1.18 STRATEGIE DI PREVENZIONE SECONDARIA PER LA DIAGNOSI DI HCV PRESSO IL SERD DI BERGAMO - pag. 66
- 1.19 IL PAZIENTE AFFETTO DA DISTURBO DA USO DI OPIACEI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOSTITUTIVO E' DISPONIBILE A MODIFICARE LA SUA ATTUALE TERAPIA CON UNA NUOVA

FORMULAZIONE DI BUPRENORFINA? ESPERIENZA DEL SERD DI MARTINA FRANCA, ASL TARANTO - pag. 69

- 1.20 RIDURRE LE RECIDIVE CON BUPRENORFINA: RISULTATI DEGLI STUDI REAL WORLD COSTEDOPIA (SPAGNA) E STUDIO TEDESCO - pag. 72
- 1.21 RISULTATI RILEVANTI PER I PAZIENTI NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA USO DI OPIOIDI CON SUBOXONE® FILM SUBLINGUALE IN PRATICA CLINICA ABITUALE IN GERMANIA: LO STUDIO [PROFIL] - pag. 76
- 1.22 L'ANTIDOTO PERFETTO: EMOZIONI, GRUPPI E CREATIVITÀ NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE - pag. 78
- 1.23 PROGETTO RED CARPET :ESPERIENZA DI SCREENING PER L'INFEZIONE DA HCV E AVVIO A TRATTAMENTO ERADICANTE PRESSO LA UOC DIPENDENZE - ASST FATEBENEFRAPELLI-SACCO DI MILANO - pag. 82
- 1.24 UN GRUPPO PER I DISTURBI DA USO DI COCAINA AL SERD DI BERGAMO - pag. 85
- 1.25 CENTRO ANTIFUMO DI TARANTO (ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI 2° LIVELLO) : ESPERIENZE E RISULTATI DEL PERCORSO TRATTAMENTALI NELLA SMOKING CESSATION - pag. 87

AREA TEMATICA 2

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

- 2.1 DI NECESSITÀ VIRTÙ: DAL "PLAN B" AL "PLAN B-2". LABORATORIO DI ASCOLTO E PAROLA PER GLI STUDENTI DELLE SCUOLE DI SECONDO GRADO DELLA PROVINCIA DI TARANTO, PRIMA DELLA PANDEMIA DA COVID-19 ("PLAN B") E DURANTE ("PLAN B-2") - pag. 89
- 2.2 RIORGANIZZARE IL SERVIZIO PER ACCOGLIERE UTENTI UNDER 25 ANNI DI ETÀ - pag. 93
- 2.3 DOPPIA DIAGNOSI E COACHING PSICOSOCIALE - pag. 96

AREA TEMATICA 3

FORMAZIONE

- 3.1 COVID-19: GENITORI E FIGLI ADOLESCENTI - pag. 101

AREA TEMATICA 4

POST COVID

- 4.1 L'USO DELLE METAFORE NEL LAVORO DI PREVENZIONE ONLINE CON GLI ADOLESCENTI - pag. 104
- 4.2 LA DIMENSIONE NARRATIVA DELLA MENTE: LE INTERVISTE NARRATIVE ONLINE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DEL DISAGIO ADOLESCENZIALE - pag. 106
- 4.3 PROMUOVERE GRUPPI DI LAVORO IN REMOTO PER PREVENIRE IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI IN TEMPO DI PANDEMIA: ASCOLTO, CONDIVISIONE, ATTIVAZIONE DI RISORSE - pag. 109
- 4.4 ADOLESCENZA E USO DELLE TECNOLOGIE AI TEMPI DEL COVID-19 - pag. 112
- 4.5 IL LAVORO ONLINE PER CONTRASTARE IL GAP DURANTE LA PANDEMIA - pag. 115
- 4.6 LAVORARE ONLINE CON GLI ADOLESCENTI DURANTE LA PANDEMIA - pag. 118
- 4.7 POST-COVID: RIPROGETTARE IL BENESSERE - pag. 121
- 4.8 RESILIENZA E COVID-19 - pag. 124

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

Supplemento al N. 55 anno XV - 2021
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3 - 20144 Milano

Editor in Chief
Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - 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, ASL Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio - Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, UNODC (ONU) Vienna; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstutute AB/Sustainable Interaction e Stockholm university Svevia; 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, ASP Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board
Sandra Basti (Pavia); Guido Failace (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
missionidirezione@tiscali.it

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l. Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB Milano
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6.3.2002

Edizione fuori commercio

Area tematica 1 CLINICA

1.1

MODELLO "SNODI DECISIONALI". UNA PROPOSTA DI INTERVENTO NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Badii F.*[1], Grossi S.[1], Di Liberto M.[1], Sansalone S.[1]

[1]ASL2 - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - Savona - Italy

Sottotitolo: Nel presente elaborato si intende illustrare un modello di trattamento delle dipendenze patologiche rispetto al quale sono stati raccolti dati incoraggianti relativamente alla sua implicazione con pazienti tabagisti. L'obiettivo è quello di poter indagare l'efficacia del suddetto modello anche relativamente ad altre tipologie di dipendenza.

Testo Abstract: Introduzione

L'accesso ad un Servizio di trattamento e cura origina, nella maggior parte dei casi, da una situazione di marcato disagio che, nell'ambito della dipendenza, comprende anche la sensazione di perdita della capacità di controllo. Alle necessità di essere ascoltati, di ricevere aiuto, si accompagna una sensazione di impotenza che può interferire con la motivazione del paziente e costituire uno dei motivi di drop out, o, comunque, un ostacolo al procedere dell'intervento terapeutico, soprattutto nelle forme di dipendenza comportamentale, dove l'ausilio farmacologico è inesistente. Come la letteratura sul tema suggerisce, sono innumerevoli e svariate le cause che possono condurre all'abbandono precoce di un percorso; tra le variabili più facilmente associate ad un'interruzione prematura, troviamo, per esempio: età del paziente, tipologia di problematica, disturbi di personalità [1].

In tale contesto è stato elaborato il modello degli "snodi decisionali" [2,3,4], prendendo spunto da alcuni lavori di Robinson e Berridge sull'addiction [5,6,7], per cercare di agire sulla sensazione di impotenza,

attivare la percezione di "agency" e, di conseguenza, l'autoefficacia del paziente.

Secondo tali autori, nei quadri di dipendenza si determina il passaggio da un comportamento controllato da aspettative esplicite (tipo act/outcome) ad uno con caratteristiche stimolo/risposta, dando origine ad una situazione di abitudine percepita come automatismo, con spostamento della consapevolezza dai vari atti che compongono una azione, all'esito finale.

L'obiettivo del lavoro con gli snodi decisionali è riportare il comportamento, percepito come automatico, alla sua dimensione di act/outcome, affinché il soggetto possa recuperare la consapevolezza riguardo a quanto nel comportamento di dipendenza sia legato a decisioni da lui prese, seppur senza consapevolezza. La conseguenza è che il paziente può rendersi conto di essere in grado di prendere altre decisioni, diverse da quelle abituali che caratterizzano la dipendenza.

L'applicazione clinica del modello si articola in diverse fasi progressive.

- Prima fase: affrontare il senso di automatismo
- Seconda fase: contestualizzare la possibilità decisionale
- Terza fase: acquisire strumenti per la presa di decisione

Talora, può essere necessario continuare il lavoro terapeutico andando ad indagare quali significati individuali il soggetto attribuisca ai suoi comportamenti ed eventualmente procedere con un approfondimento mediante un intervento individualizzato di psicoterapia.

Prima fase

Per affrontare l'automatismo si inizia dal racconto del paziente, il quale, descrivendo la sua esperienza legata alla dipendenza, quasi inevitabilmente, fa affermazioni del tipo "capita che", "è successo", "spero che", frutto dell'aspetto passivo legato alla percezione dell'automatismo. Mantenendo un tono non giudicante, ma supportivo e propositivo, si evidenzia come tali affermazioni non corrispondano esattamente alla realtà, in quanto i comportamenti non "capitano", ma si mettono in atto. Si stimola il paziente a riflettere su come alla base di ogni comportamento di dipendenza ci siano azioni messe in atto volontariamente.

L'aspetto problematico da sottolineare riguarda il fatto

che tali comportamenti siano attuati automaticamente, senza rendersi conto delle azioni e delle decisioni che li determinano. Il fatto che spesso, durante un colloquio clinico, vengano riferite frasi quali “mi trovo con la sigaretta in bocca” è frutto del processo legato all’automatismo, a causa del quale il paziente considera passivamente il risultato finale e non la sequenza di azioni act-outcome che lo determinano.

L’obiettivo di questa fase, quindi, è rendere consapevole il paziente di quanto, in un processo che vive come passivo, in realtà abbia un ruolo attivo, evidenziando il momento in cui decide se compiere o non compiere un atto: gli snodi decisionali. Questo dà inevitabilmente avvio all’esplicitazione, da parte del paziente, di una serie di motivazioni per le quali è convinto di non potere cambiare il comportamento, che hanno la funzione di difendere la dipendenza e la possibilità di reiterarla.[8] Queste giustificazioni vanno delicatamente evidenziate e ricondotte all’aspetto decisionale.

Non ci si aspetta inizialmente un cambiamento comportamentale, ma un cambio di prospettiva; questo va esplicitato al paziente, per non gravarlo di aspettative e non esporlo al rischio di incrementare la sensazione di impotenza che caratterizza il suo rapporto con la dipendenza.

Facendo riferimento a quanto rilevato sia da Mc Cambridge e Straing [9] che da Berman e coll [10], in relazione all’efficacia di interventi a seduta singola nelle situazioni di dipendenza, è stata implementata questa prima fase del modello durante il primo colloquio per un gruppo di pazienti [11] afferenti all’ambulatorio tabagismo della ASL2 savonese. Sono stati studiati 78 soggetti affetti da Disturbo da Uso di Tabacco di grado grave secondo il DSM-5 [12]. Nello specifico, il campione si componeva di 40 uomini e 38 donne, con età media di 52 anni. È stato utilizzato il colloquio decisionale con 39 tabagisti ed è stato poi esaminato un egual numero di pazienti precedentemente seguiti con il trattamento standard (colloquio ad orientamento motivazionale). Comparando i livelli di CO misurati al primo colloquio ed al secondo, dopo 14 giorni, è risultata statisticamente significativa la riduzione osservabile nel gruppo trattato con approccio decisionale. [11] Si è studiato negli stessi gruppi l’esito a medio termine, svolgendo una serie di interviste telefoniche, i cui risultati, ancora in fase di elaborazione statistica, lasciano supporre una più prolungata astensione dal fumo nei pazienti che erano andati incontro ad una ricaduta tabagica, dopo un solo incontro con modello decisionale.

Questi risultati hanno indotto a proseguire nel lavoro sul modello, da un lato ipotizzando il suo utilizzo nei primi colloqui relativi ad altre situazioni di dipenden-

za, dall’altro definendo in modo più dettagliato le successive due fasi la cui implementazione richiede un intervento più articolato e protratto nel tempo. La modalità descritta, infatti, ha l’obiettivo di risultare di una qualche efficacia già dal primo, e talora unico incontro, ma non è mossa dalla convinzione che tutto si possa risolvere in una sola volta [13].

La possibilità di agire su un comportamento già al primo colloquio potrebbe essere utile nella pratica clinica per tutti i pazienti affetti da disturbi di dipendenza, al fine di aumentare l’efficacia del trattamento. È opportuno tenere in considerazione l’aspetto dei dropout precoci, per cui è indicato ottimizzare il messaggio espresso in occasione della prima visita, momento in cui si presuppongono l’aspettativa e la motivazione massime. Inoltre, questo tipo di intervento potrebbe essere utile nel trattamento delle dipendenze comportamentali e nei quadri di dipendenza da sostanze nei quali non si dispone di terapia farmacologica specifica. A questo fine sono stati fatti alcuni tentativi con persone affette da dipendenze diverse con esiti incoraggianti, che verranno sviluppati.

Un nuovo campo di applicazione

Prendendo in considerazione il trattamento del Disturbo da Gioco d’azzardo (DGA), un aspetto importante di cui tener conto, a tal proposito, riguarda la difficoltà dei pazienti giocatori patologici nell’accedere ad una struttura che possa offrire loro un percorso di sostegno e aiuto: è stato stimato che l’80-95% non ottiene mai un supporto formale per tali problemi [14]. Oltre a ciò, si riscontra che il 45-50% del già esiguo numero di giocatori che si rivolgono ad un Servizio interrompono precocemente il trattamento senza che sia portato a compimento [15].

Diversi studi condotti [16] tra il 1988 e il 2006, riportano un livello di drop out variabile tra il 16% e il 50%. Quanto emerso da un’indagine circoscritta agli afflussi al Servizio Dipendenze dell’ASL2 Savona per GAP tra il 1/01/2018 e il 14/09/2021 mette in luce un tasso di drop out del 35% che si colloca all’interno della forbice individuata in letteratura, e che motiva l’opportunità di applicare il modello degli “snodi decisionali” e studiarne gli esiti dopo un primo colloquio, come già fatto nel trattamento dei pazienti tabagisti. Gli obiettivi sono quelli di agire sul senso di impotenza che costituisce uno dei fattori che possono determinare il drop out e di stimolare nel paziente la percezione della propria “agency” che sembra poter determinare una maggior durata dell’astensione in caso di drop out. Per questo studio si evidenziano due criticità: una specifica, il numero non molto elevato dei pazienti, e l’altra comune agli studi sul DGA: la necessità di riferirsi uni-

camente a dati self report, mancando dei dati oggettivi e misurabili.

Inoltre, si è attivata la riflessione con una comunità terapeutica del territorio dell'ASL 2 Savonese, "Cascina Piana", al fine di strutturare percorsi brevi basati sul modello degli snodi decisionali per studiare l'efficacia delle tre fasi, partendo da una precedente esperienza di intervento breve con alcolisti, consumatori di cocaina e giocatori patologici.

Lo sviluppo del modello Seconda Fase

Per contestualizzare la possibilità decisionale, si descrive al paziente la sua esperienza quotidiana come caratterizzata dalla maggioranza di situazioni che gestisce e controlla senza particolari problemi, ed alcune collegate alla dipendenza, in cui il controllo è impossibile. Se il paziente si mantiene all'interno delle attività in cui può esercitare il controllo, avrà minor difficoltà nel prendere decisioni anche inerenti la dipendenza. Avvicinandosi allo spazio d'azione sotto l'influenza della dipendenza, la capacità di controllo si riduce progressivamente, fino a scomparire totalmente. Ad esempio, decidere di non comprare il vino al supermercato è più semplice che decidere di non aprire la bottiglia avendola in casa, che, a sua volta, è più semplice che decidere di non riempire il bicchiere e così via. La maggior parte delle volte il paziente cerca di esercitare un controllo quando è troppo tardi, quando ormai la possibilità di decidere è bassa o assente, derivandone la sensazione di impotenza. Quindi è importante riflettere su quando decidere, con quale obiettivo e di conseguenza quali decisioni prendere, con il fine di mantenersi il più possibile lontano dalla zona della dipendenza. Se l'obiettivo di non accendere la sigaretta è difficile da raggiungere, può essere più accessibile quello di non averle con sé. È utile sottolineare al paziente che più tempo passa tra l'insorgenza dello stimolo e la possibilità di soddisfarlo, maggiore è la possibilità di riflettere e prendere altre decisioni. Anche in questa fase ci si può aspettare da parte del paziente l'utilizzo di "giustificazioni", le quali, anche se meno intense e radicate di quelle emerse nella fase precedente, vanno affrontate allo stesso modo.

È possibile che il paziente tenti di banalizzare questi contenuti, definendoli semplicistici; questo atteggiamento banalizzante può essere letto, inoltre, come una delle "scuse" del paziente per non attivarsi.

Talora anche gli operatori hanno l'idea che le soluzioni di problemi difficili debbano essere complesse. Nel mind set dell'operatore è necessaria la convinzione che come sostengono Canistrà e Piccirilli [13] "grossi pro-

blemi non richiedono grosse soluzioni".

Terza Fase

Qualora la situazione lo richieda, spesso a seguito degli insuccessi, è necessario procedere soffermandosi sulle modalità con cui si prendono le decisioni. Facendo riferimento ai lavori di Rorty sull'akrasia [17] ripresi da Dill e Holton [18] si considera il processo decisionale costituito da tre momenti: uno deliberativo, in cui il soggetto forma il giudizio su quale sarebbe il comportamento migliore; uno volitivo, in cui il soggetto elabora l'intenzione di perseguire l'obiettivo che è stato giudicato migliore; ed infine uno attuativo nel quale viene attivata l'azione che conduce all'intenzione scelta. Un soggetto con dipendenza è portato, nella fase deliberativa, a considerare unicamente gli aspetti piacevoli, per cui l'intervento terapeutico va indirizzato alla consapevolezza degli effetti successivi, a lungo termine, cercando di stimolare la riflessione su quelli ai quali il paziente è sensibile e alla possibilità di prendere decisioni in base a questi piuttosto che al piacere. È importante richiamare la necessità che l'azione sia congruente all'obiettivo, e far notare quanto spesso questo aspetto non sia tenuto in considerazione dal paziente che prende decisioni non legate all'obiettivo, il quale, pertanto non verrà raggiunto. È ovvio che nel lavoro più avanzato le tre fasi si intersecano nell'affrontare le situazioni.

Conclusioni

Come hanno evidenziato gli studi realizzati nell'ambito dell'ambulatorio per il trattamento del tabagismo dell'Asl 2 savonese, il modello degli snodi decisionali sembra avere condotto a risultati promettenti sia nel breve che nel medio periodo. I dati supportano l'importanza della consapevolezza e della percezione dell'agency nel contrastare la dipendenza da tabacco, a prescindere dalla sua gravità e dal livello di motivazione. L'auspicio è quello di partire da questo per ampliarne gli orizzonti di applicabilità, includendo anche altri contesti di dipendenza e di testare l'esito dell'applicazione delle tre fasi.

L'ambito del Gioco d'azzardo patologico rappresenta la sfida dell'oggi per gli operatori del Servizio, i quali intendono estendere lo studio dell'applicazione del metodo anche all'intervento con i giocatori patologici. Alla luce di quanto esposto, emerge la necessità di rispondere prontamente e attivamente alle esigenze dei pazienti con dipendenze (da sostanze, o di tipo comportamentale) che si rivolgono ad un Servizio.

In letteratura emerge come "la messa in discussione del sistema di credenze del soggetto" sia uno degli elementi di maggiore efficacia nel trattamento di pazienti

affetti da dipendenze, al fine di promuovere una ristrutturazione cognitiva mirata alla correzione delle distorsioni [19]. Il modello degli snodi decisionali si pone come obiettivo principale proprio la messa in discussione del sistema di credenze disfunzionali, su cui il paziente avverte di avere uno scarso controllo nel momento in cui ricerca l'aiuto di un terapeuta/ di un Servizio, allo scopo di disinnescare il meccanismo di automatismo comportamentale.

Il modello degli snodi decisionali si contraddistingue per un alto grado di versatilità che lo rende uno strumento di più facile accesso per gli operatori a vario titolo coinvolti nel trattamento delle dipendenze, ai quali non viene richiesta una specifica formazione psicoterapeutica, ma piuttosto competenze sugli stili di comunicazione, capacità di ascolto attivo ed empatia. Infine, preso atto dell'ingente numero di drop-out che hanno luogo nell'ambito del trattamento delle dipendenze, s'intende rendere l'utente che accede al Servizio il più competente possibile nel minor tempo; per questa ragione, facendo riferimento agli studi condotti sull'efficacia dei trattamenti a singola seduta, un valido punto di forza degli snodi decisionali risulta proprio essere la sua efficace applicazione in occasione della prima visita. Dagli studi di Hoyt & Talmon [20] è stato confermato che il numero più frequente di sedute fatte in psicoterapia è pari ad uno, con una media che oscilla tra il 20 e il 50% a seconda degli studi. Inoltre, lo studio pionieristico di Talmon [21] ha mostrato che una grande maggioranza di pazienti (il 78% del suo campione) riferisce di aver soddisfatto la propria aspettativa riguardo la terapia e di essersi sentito meglio rispetto al problema presentato, dopo la prima seduta.

Ad oggi, numerosi studi sistematici sulla TSS (Terapia a singola seduta) hanno aperto la strada all'utilizzo di un primo colloquio, non solo con la finalità di agganciare il paziente, ma già di stimolarne un cambiamento.

In sintesi, il modello degli snodi decisionali potrebbe essere adoperato come primo colloquio standard, sostituendosi al più diffuso "primo colloquio conoscitivo". Naturalmente, non si ha la pretesa di limitare l'intervento ad una singola seduta, quanto piuttosto ad utilizzare il modello ad ogni colloquio con il paziente per trarre il massimo da ogni incontro e ridurre di conseguenza la durata del trattamento.

Bibliografia

1. Picucci, L., Caffò, A.O., Macina, I., Bosco, A. (2013). *Predittori del Drop out nella Terapia Cognitivo-Comportamentale dei giocatori d'azzardo. Una revisione della letteratura. Italian Journal on addiction vol 3, n 5*
2. Badii, F. (2013). *Un modello fisiopatologico e clinico della addiction. Dal fare al dire, suppl, (3), 26-33*
3. Badii, F. (2015). *Il counseling decisionale nel trattamento della dipendenza. Dal Fare al Dire, Num Spec 29-39*
4. Badii F. (2020). *Un modello di dipendenza tra automatismo e responsabilità. Phenomena Journal, 2, 40-46. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.42>*
5. *Am Psychol* 2016; 71:670-9. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>
6. Robinson TE, Berridge KC. *Addiction. Ann Rev Psychol* 2003; 54:25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
7. Robinson TE, Berridge KC. *The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008; 363:3137-46. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
8. Nakken C 1999, *Personalità viziose; Milano ed Tecniche nuove*
9. McCambridge J, Strang J. *The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results from a multisite cluster randomized trial. Addiction* 2002; 99:39- 52. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x>
10. Berman AH, Forsberg L, Dubreej N, Kallmen H, Hermansson U. *Single-session motivational interviewing for drug detoxification inpatients: effects on self-efficacy, stages of change and substance use. Subst Use Misuse* 2010; 45:348-402. <https://doi.org/10.3109/10826080903452488>
11. Badii, F. Grossi, S. *Il modello degli snodi decisionali nella cura del tabagismo: uno studio osservazionale (2021) Tabaccologia: XIX(1):21-32*
12. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing Washington, 2013.*
13. Cannistrà F, Piccirilli F. (2018) *Terapia a seduta singola. Principi e pratiche. Giunti Editore Firenze.*
14. Volberg, R. A., Nysse-Carris, K. L., & Gerstein, D. R. (2006). *2006 California problem gambling prevalence survey. National Opinion Research Center (NORC).*
15. Ronzitti, S., Soldini, E., Smith, N., Clerici, M., & Bowden-Jones, H. (2017). *Gambling disorder: Exploring pre-treatment and in-treatment dropout predictors. A UK study. Journal of Gambling Studies, 33(4), 1277-1292.*
16. Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J.

(2007). *Psychological treatment dropout among pathological gamblers. Clinical psychology review, 27(8), 944-958.*

17. Rorty, A. O. (1980). *Where does the akratic break take place? Australasian Journal of Philosophy, 58(4), 333-346.*

18. Dill, B., & Holton, R. (2014). *The addict in us all. Frontiers in Psychiatry, 5, 139.*

19. Casciani, O., & De Luca, O. (2014). *Il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo: una esperienza di terapia integrata ad orientamento cognitivo-comportamentale. Dal fare al dire-Publiedit Ed. Cuneo, (2).*

20. Hoyt, M. F., & Talmon, M. E. (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in services. Crown House Publishing Limited.*

21. Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. Jossey-Bass.*

1.2

GRUPPI IN REMOTO PER SMETTERE DI FUMARE: RISULTATI PRELIMINARI

Barbaglio S.*[1], Poli R.[2]

[1]ASST Cremona SerD - Cremona - Italy,

[2]ASST Cremona SerD - Italy

Sottotitolo: Nel periodo COVID 19 sono stati attivati percorsi online per smettere di fumare. Dei 18 partecipanti ha interrotto il fumo l'87%, senza differenze statisticamente significative correlate al genere. Nel follow-up a distanza di sei mesi si sono ridotti al 67 % i non fumatori. L'intervento è stato efficace almeno quanto i gruppi in presenza.

Introduzione

La metodologia dell'auto mutuo in riferimento al fumo di tabacco ha preso avvio sul territorio cremonese nell'anno 2001 sull'onda dei programmi attivati da diversi anni all'interno del Servizio per le famiglie con problemi alcolcorrelati: programmi che fanno riferimento in tutta Italia ai club alcolologici territoriali definiti comunità multifamiliari, aperte ora anche a varie altre fragilità umane. Club quindi per il benessere e la qualità della vita in generale.

L'esperienza del trattamento di auto mutuo aiuto per smettere di fumare venne inizialmente proposta dalla realtà del trentino quando, alla luce dei risultati dei Club Alcolologici Territoriali, alcuni operatori hanno ritenuto utile proporre nuove forme di gruppo più centrati sul cambiamento del proprio comportamento senza ricorrere alla modalità ecologica sociale dei club. All'interno di questi nuovi gruppi infatti non sempre è presente la famiglia e l'approccio è più orientato sulla singola persona. Le evidenze mostrano come molto efficace un trattamento comportamentale di gruppo, con o senza associazione di farmaci specifici (1).

L'evento della pandemia COVID-19 ha determinato cambiamenti epocali nella vita di tutti e in particolare ha determinato un incremento di tutte le dipendenze (2), compresa quella da nicotina (3). In considerazione delle norme relative alle restrizioni e dei cambiamenti sociali in atto, si è pensato di introdurre una nuova modalità di organizzare i gruppi per smettere di fumare, tentando la strada del collegamento in remoto.

Materiali e metodi

Il reclutamento dei fumatori che partecipano al programma per smettere di fumare avviene tramite contatto diretto o tramite invio da parte di operatori sanitari che a diverso titolo operano sul territorio in ambito sociosanitario.

Un ruolo importante lo ricoprono le aziende lavorative che aderiscono ai programmi di promozione della salute - WHP (Workplace Health Promotion) - coordinati dalle ATS - poiché attraverso le buone pratiche individuate nell'ambito del contrasto al fumo di tabacco garantiscono ai dipendenti l'opportunità di interrompere l'uso del fumo all'interno del luogo di lavoro tramite i gruppi condotti dal SERD.

In linea generale, sul territorio locale il programma per smettere di fumare viene pubblicizzato tramite social aziendali o media locali e attraverso l'affissione di locandine e manifesti nei vari servizi/reparti ospedalieri afferenti all'ASST.

L'operatore conduttore del gruppo effettua il counseling telefonico rendendosi disponibile ad un eventuale incontro conoscitivo anche da remoto per presentare tempi e modalità previste nel percorso.

Ci si avvale di una terapia specifica con la citisina, farmaco utile in chiave anticraving, per alleviare il disagio iniziale dato dal distacco dalle sigarette e per scongiurare i rischi di ricaduta.

In questi gruppi non vengono selezionati i fumatori né si limita a priori il numero massimo dei partecipanti: la selezione avviene in modo del tutto naturale.

È possibile la partecipazione di familiari e/o di testimoni che hanno partecipato a precedenti gruppi e che hanno smesso di fumare.

Il gruppo per smettere di fumare è condotto da un operatore professionale del SERD, adeguatamente formato e costantemente aggiornato assume un ruolo di catalizzatore e facilitatore della comunicazione tutelando le dinamiche di gruppo e supportandolo nei momenti più critici. Apporta il suo contributo sugli effetti del fumo attivo e passivo, sulle difficoltà legate all'astinenza psicofisica e comportamentale, proponendo strategie alternative al comportamento di consumo di tabacco e attivando suggerimenti per la prevenzione della ricaduta.

Il percorso di gruppo prevede un incontro preliminare volto a illustrare i principi basilari della tecnica. Il percorso si articola in due fasi: fase intensiva che prevede 4 incontri consecutivi nella prima settimana e fase di consolidamento con 2 incontri nelle successive due settimane. Si conclude con un ultimo incontro di verifica nella quarta settimana.

Nella fase intensiva ci si impegna a non fumare ponendo massima attenzione alla prevenzione delle ricadute: aspetto questo che rappresenta il “cuore” del trattamento per smettere di fumare: l’approccio di tipo cognitivo-comportamentale analizza i processi implicati nella ricaduta e fornisce strategie efficaci per rendere stabile il cambiamento.

Per smettere definitivamente è indispensabile che si attivi un processo di apprendimento di un nuovo repertorio comportamentale in grado di sostituire la vecchia abitudine basata sulla ricerca di piacere/riduzione del dolore attraverso la sigaretta.

In altre parole in questa fase si addestra l’ex fumatore all’utilizzo di un gran numero di abilità e strategie per evitare di fumare e per identificare, anticipare, prevenire o evitare le situazioni a rischio che potrebbero condurre ad una ricaduta. Alcune di queste abilità e tecniche servono a sostenere il paziente nella fase più critica legata all’astinenza; altre insegnano come recuperare dopo un eventuale “scivolone”.

Durante gli incontri della prima settimana il fumatore capisce bene che può farcela perché sperimenta concretamente la sensazione di poter controllare le sigarette. La motivazione e l’autostima crescono.

La fase di consolidamento consiste nel rendere stabili i cambiamenti ottenuti. Si prendono in considerazione gli aspetti connessi all’alimentazione, il supporto sociale e la cura di sé. Si facilita l’opportunità di intraprendere una vita più salutare.

Si tratta di una fase che contiene numerosi aspetti pratici legati alla verifica strumentale dei risultati, al rafforzamento di caratteristiche psicologiche e alle strategie di “riparazione” in caso di ricadute.

A distanza di sei mesi, un anno e due anni i partecipanti che hanno smesso di fumare vengono contattati telefonicamente per la verifica della loro astensione da fumo di sigaretta.

Risultati

Nel corso del 2021 hanno partecipato ai gruppi online complessivamente 18 persone, con le seguenti caratteristiche socio-demografiche:

- 56% donne 44% uomini
- Fasce di età come illustrato nel grafico 1
- Marital status: 44% coniugati/conviventi, 28% single, 22% separati, 6 % vedovi
- Titolo di studio: 22% licenza media, 39 % licenza media, 39 % laurea
- Situazione occupazionale come illustrato nel grafico 2
- Fonte di invio: accesso spontaneo e amici/parenti (entrambi al 28%), aziende WHP (22%), medici o altri operatori socio-sanitari (12%).

Grafico 1 – Fasce di età

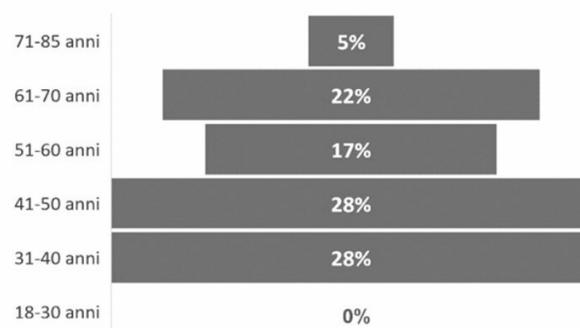
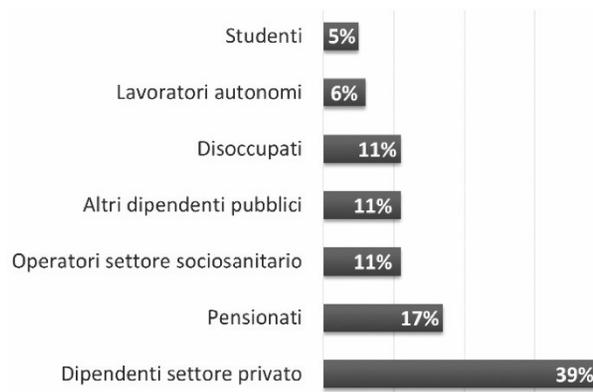


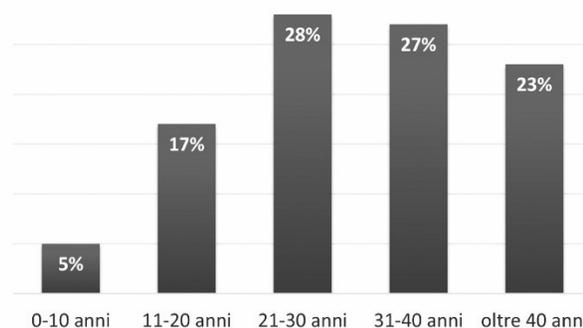
Grafico 2 – Situazione occupazionale



In relazione all’età di inizio nell’uso del tabacco il 5% ha iniziato prima dei 13 anni di età, il 67% tra i 13 e i 17 anni, il 22% tra i 18 e i 25 e solo il 6% oltre i 25 anni di età.

Nel grafico 3 sono rappresentati i dati in relazione agli anni di dipendenza da fumo.

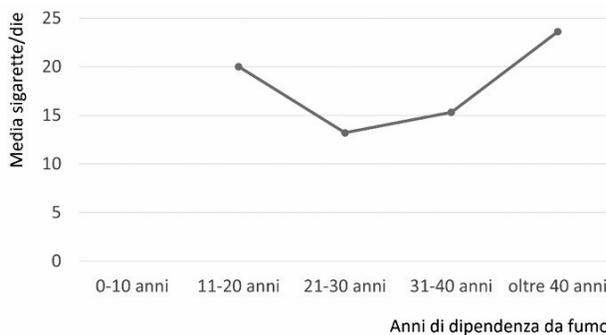
Grafico 3 – Anni di dipendenza dal tabacco



Il 33% dei partecipanti non aveva mai tentato di smettere di fumare, il 28% aveva già fatto un tentativo, mentre la restante percentuale aveva esperito due o più tentativi.

Il numero di sigarette fumate in relazione agli anni di dipendenza dal fumo è rappresentato nel grafico 4.

Grafico 4 – Sigarette fumate e anni di dipendenza



La partecipazione al gruppo ha visto l'abbandono del percorso di 3 persone, con una percentuale di drop-out pari quindi al 14%.

Alla fine del corso ha interrotto il fumo l'87% dei partecipanti, senza differenze statisticamente significative correlate al genere.

Nel follow-up a distanza di sei mesi si sono ridotti al 67% i non fumatori. In questo caso si segnala una differenza di genere: le donne non fumatrici sono il 71%, mentre gli uomini non fumatori il 62%.

Discussione

L'analisi dei risultati, per quanto limitata dalla numerosità del campione, ha evidenziato alcune differenze in alcune variabili socio-demografiche dei partecipanti.

Un primo dato significativo è relativo al titolo di studio: possiede la laurea il 39% degli iscritti al progetto online, a fronte del solo 13% del tradizionale. Così come è maggiore il numero dei lavoratori in ambito privato nel gruppo online rispetto al gruppo in presenza. Inoltre nel gruppo online vi è una percentuale maggiore di donne rispetto al gruppo fisico, così come l'età media è più bassa.

Questi dati indicano come lo strumento online possa essere più attrattivo per giovani, donne e persone con maggior grado di istruzione e lavoratori che più difficilmente potrebbero accedere in presenza. Vi è inoltre da sottolineare la destigmatizzazione del circuito online rispetto ad ambienti quali il SerD che appare ancora un ostacolo per molte persone.

La pandemia da Covid 19 ha del resto sollecitato tutti i servizi sanitari ad attivare interventi a favore della salute individuale e collettiva attraverso la connessione a distanza. Potrebbe sembrare innaturale, ma una volta abituati a questa particolare configurazione, si scopre che le differenze con una terapia "in presenza" non sono poi così tante.

L'approccio del nostro percorso online mantiene lo stesso approccio teorico e metodologico. Il percorso in remoto ha risolto il problema della distanza fisica sfruttando le piattaforme video, lo scambio di materia-

le audio video tramite mail, follow up telefonici, dispense, guide pratiche, suggerimenti di attività. Gli stessi contenuti affrontati nella terapia tradizionale vis-à-vis vengono riproposti a distanza senza rinunciare al contatto diretto con l'operatore/ conduttore; la possibilità di essere seguiti in tempo reale è la condizione indispensabile perché il gruppo per smettere di fumare abbia successo.

I fumatori diventano i protagonisti del processo di cambiamento e vengono esortati a sviluppare attivamente strategie di fronteggiamento e comportamenti alternativi.

Il fumatore acquisisce un senso di padronanza ed autoefficacia dovuto ad una maggiore comprensione di sé e della dipendenza.

Il gruppo per smettere di fumare:

- favorisce una maggiore comprensione della propria dipendenza (perché si fuma, quando e come);
- analizza i motivi che impediscono di smettere e quelli che causano una ricaduta dopo un tentativo che inizialmente sembrava avere avuto successo;
- addestra il fumatore ad utilizzare tutta una serie di strategie utili nella gestione del desiderio, nella voglia impellente di fumare (craving), nei confronti dei sintomi di astinenza (se presenti);
- evita la sofferenza (per molti fumatori la paura di stare male quando si smette costituisce il maggiore deterrente per rinunciare a curarsi);
- riduce al minimo il rischio di ricadute e trae indicazioni utili persino da un eventuale "scivolone";
- aiuta a riconoscere le situazioni "ad alto rischio" che possono favorire una ricaduta, e a farvi fronte;
- incoraggia uno stile di vita improntato alla salute, compresa la gestione del cibo e la paura di ingrassare;
- insegna a ritrovare la capacità di valorizzarsi e trarre piacere e soddisfazione dai successi personali;
- colma il vuoto identitario lasciato dalle sigarette e sviluppa comportamenti alternativi utili nel fronteggiare le pressioni sociali;
- sostiene lo sviluppo di strategie efficaci nel lungo periodo e per gestire lo stress del quotidiano e le emozioni negative di noia, vuoto e tristezza, imbarazzo.

Conclusioni

Dall'anno 2001 ad oggi si è notato un aumento significativo delle richieste di trattamento per smettere di fumare anche grazie alle importanti indicazioni legislative che hanno sviluppato maggior cultura e competenza di salute individuale e collettiva in tema di fumo di sigarette.

Il processo sociale e culturale dell'auto mutuo ha sen-

sibilizzato a livello locale i cittadini fumatori richiamando la loro attenzione a riflettere in modo critico sulla loro rischiosa abitudine con la prospettiva del cambiamento del loro stile di vita.

La rete dei servizi socio sanitari del territorio permette al cittadino di scegliere percorsi differenziati in base ai suoi bisogni di salute; nello specifico Il centro anti-fumo propone percorsi individuali strettamente farmacologici, mentre il servizio territoriale del SerD garantisce il percorso di gruppo con cadenza trimestrale.

Le azioni programmate e realizzate durante questi anni hanno inoltre avviato e rafforzato varie collaborazioni con le realtà ed agenzie educative sanitarie presenti nella comunità locale (LILT, scuole, media locali, mondo sportivo, ATS- mondo del lavoro, MMG, associazioni di volontariato varie).

Un'attenzione particolare viene rivolta al mondo del carcere dove ogni anno- in seguito ad iniziative culturali/sanitarie promosse dal SerD nell'ambito della giornata mondiale senza tabacco- vengono realizzati gruppi per smettere di fumare rivolti ai detenuti e agli agenti di polizia penitenziaria.

L'aumento del numero di richieste registrate dal Servizio in questi anni conferma la reale necessità da parte dei fumatori intenzionati a smettere di fumare di ricevere un supporto mirato nel percorso di disassuefazione tabagica in quanto la maggior parte di essi ha tentato più volte autonomamente ricadendo dopo brevi periodi di astensione.

Spesso i fumatori che contattano il servizio dichiarano di non essere in grado di ripetere lo stesso tentativo da soli e consapevoli delle loro difficoltà riconoscono ed esplicitano il bisogno di essere aiutati.

Il trattamento comportamentale di gruppo per la disassuefazione da nicotina è caratterizzato da un rapporto tra costo ed efficacia molto favorevole, in quanto consiste di una breve serie di sedute di gruppo condotte da un singolo professionista. Si può pensare che tale trattamento potrebbe essere di particolare utilità per quei fumatori che hanno già fatto numerosi tentativi di smettere da soli.

L'esperienza di supporto sociale nei gruppi di automutuoaiuto mette in risalto sempre più anche l'importanza di sviluppare opere di interazione e integrazione tra i vari servizi della rete sanitaria e sociale che operano nella promozione e protezione della salute collettiva.

Bibliografia

1. Picardi A, Bertoldi S, Morosini P., *Trattamento comportamentale di gruppo per la disassuefazione da nicotina: uno studio di follow-up a 6, 12 e 24 mesi su un campione di 1.060 soggetti*, *Journal of Psychopathology* 2021: 47:25-38
2. World Health Organization (WHO), *Tobacco*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Epicentro- Istituto Superiore di Sanità (ISS) *Guadagnare salute, Fumo*, <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/fumo/>

1.3

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO ALL'INTERNO DELLA CASA CIRCONDARIALE DI BERGAMO

Bussi Roncalini E.*[1], Buseti C.[2], Caravello S.[2], Da Costa Ciriaco T.[2], Moffa B.[2], Caruso M.[2], Mazzola S.[2], Riglietta M.[2]

[1]ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo UOC Dipendenze SerD Carcere - Bergamo - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: La DGR n 585 /2018 per il contrasto al gioco d'azzardo patologico ha previsto anche per gli istituti penitenziari azioni di informazione, prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo. L'obiettivo specifico assegnato ha portato all'avvio nell'ottobre 2019 del progetto da parte del SERD carcere nella Casa Circondariale di Bergamo (1)

Attività svolta

- Incremento della presa in carico di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo; attivazione di nuovi e innovativi percorsi diagnostici e di trattamento per GAP
- Implementazione della rete interna all'Istituto carcerario in merito al GAP: SerD carcere, Sanità Penitenziaria, Amministrazione Penitenziaria
- Attivazione e ampliamento della rete esterna: Coinvolgimento diretto dell'Associazione Giocatori Anonimi, Strutture residenziali accreditate e i SERD del territorio provinciale.
- Formazione degli operatori dedicati con corso Formazione residenziale ECM. Informazione e sensibilizzazione alla problematica tramite Spettacolo Teatrale rivolto ai detenuti c/o l'Istituto.

Personale coinvolto

Personale in Organico ASST Papa Giovanni XXIII (non finanziato dalla DGR).

1 Medico responsabile del Servizio e del Progetto: attività diagnostica e di trattamento oltre che certificativa dei soggetti in carico per GAP. Coordinamento delle attività cliniche, di formazione e di rete, rendicontazione dei contenuti clinici del progetto.

1 Amministrativo: rendicontazione economica del Progetto

1 Referente Qualità UOC Dipendenze: Programmazione

delle attività formative.

Personale finanziato dalla DGR 585/2018 a carico del progetto:

1 infermiere libero professionale 10 ore settimanali per attività clinica di triage e di counseling infermieristico
1 Assistente Sociale 38 ore settimanali: contributo all'attività diagnostica e di presa in carico dei soggetti. Costruzione della rete interna ed esterna all'Istituto ai fini della continuità terapeutica alla scarcerazione e in caso di istanza della misura alternativa al carcere. Co-conduzione dei gruppi informativi motivazionali all'interno della Casa Circondariale di Bergamo.

1 Psicologo 7 ore settimanali Contributo all'Attività diagnostica e di presa in carico dei soggetti GAP.

Conduzione di gruppi motivazionali c/o Casa Circondariale di Bergamo Attività di informazione e formazione rivolta ai detenuti. Utilizzo di nuovi strumenti testistici. Interventi nella rete dei servizi in particolare con i Giocatori anonimi. Contatti con strutture residenziali con modulo accreditato per GAP e con i SERD territoriali.

Dati di attività, strumenti utilizzati e obiettivi raggiunti

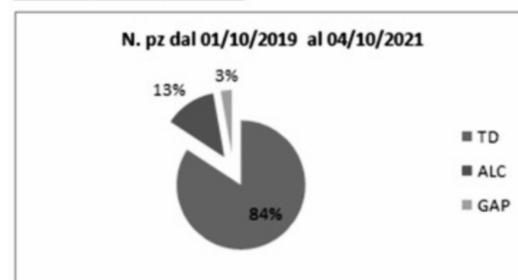
Soggetti in carico dall'inizio del Progetto: 58 di cui 25 con Diagnosi Primaria GAP.

Immagine 1. Soggetti in carico SERD Carcere UOC Dipendenze "Fonte dati POINT-GEDI ASST-PG23"

Immagine 1 Soggetti SERD CARCERE UOC Dipendenze Bergamo

"Fonte dati POINT-GEDI ASST-PG23"

	N. pz	%		
TD	747	84%	Gap diagnosi primaria	25
ALC	115	13%	Gap diagnosi secondaria	33
GAP	25	3%		
Totale	887	100%		



La valutazione clinica multidimensionale della presa in carico ai fini diagnostico- certificativo e di trattamento si è avvalsa di strumenti già in uso al Servizio in associazione a strumenti innovativi:

1. DSM 5 quale riferimento diagnostico nosografico per le diagnosi di GAP primario o secondario e di comorbidità psichiatrica (2)

Immagine 2. Diagnosi primaria dei pazienti con diagnosi secondaria GAP (DSM5)

Immagine 2 Diagnosi Primaria dei pazienti con diagnosi secondaria GAP (DSM 5) "Fonte dati POINT-GEDI ASST-PG23"

DIAGNOSI PRIMARIA DEI PZ. CON DIAGNOSI SECONDARIA GAP	
ALCOL	16
COCAINA	16
CANNABINOIDI	1
TOTALE	33

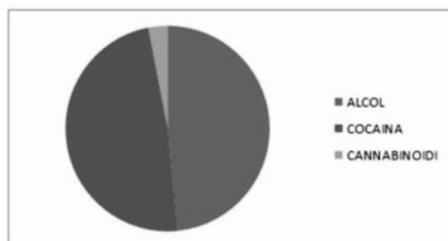
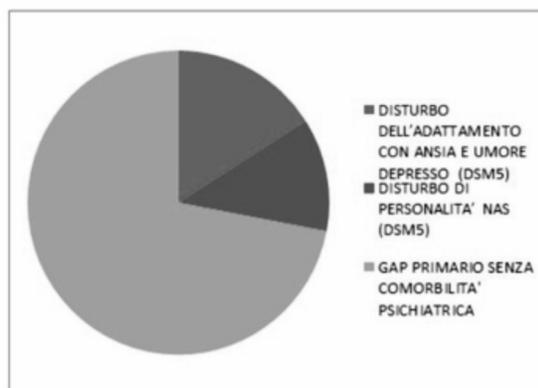


Immagine 3. GAP Primario con comorbidità psichiatrica (DSM5)

Immagine 3 Gap primario con comorbidità psichiatrica (DSM5) "Fonte dati POINT-GEDI ASST-PG23"

GAP PRIMARIO CON COMORBILITA' PSICHIATRICA	
DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CON ANSIA E UMORE DEPRESSO (DSM5)	4
DISTURBO DI PERSONALITA' NAS (DSM5)	3
GAP PRIMARIO SENZA COMORBILITA' PSICHIATRICA	18
TOTALE	25



2. Materiale TESTISTICO (tot 102 Test: FISHER 56 e SOGS 56) a scopo diagnostico (3).

3. INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI individuali (99 TEST per 33 soggetti).

La psicoeducazione (secondo il modello del Prof canadese Robert Ladouceur tradotto in italiano dal dott. Tazio Carlevaro) è organizzata in tre incontri. Nel primo incontro si indagano le conseguenze della condotta ludopatica e l'area motivazionale. Nel secondo incontro si analizzano le ragioni che hanno portato a giocare e il concetto di azzardo e di caso. Nel terzo incontro si focalizza sulla ricaduta e sulle strategie di coping.

Gli incontri sono integrati con homeworkers che invitano i pazienti a riflettere sui propri valori morali e sui vantaggi /svantaggi connessi all'azzardo.

4. Interventi nella RETE dei servizi attraverso:

a. Coinvolgimento dei Giocatori Anonimi del territorio con partecipazione diretta c/o l'istituto. Gli incontri avvengono a frequenza settimanale e si avvalgono della metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto basandosi sulla filosofia dei 12 passi per un totale di 10 incontri effettuati e 40 soggetti coinvolti

b. Contatti con strutture residenziali accreditate per il modulo specifico GAP

c. Coinvolgimento delle Strutture Residenziali e/o SERD territoriali nella costruzione della rete di continuità terapeutica alla scarcerazione oltre che collaborazione con la Magistratura nelle istanze di Misura alternativa al carcere.

Obiettivi raggiunti

1- Incremento dei soggetti in carico per GAP (Immagine 1)

2- Raggiungimento e coinvolgimento di circa 200 SOGGETTI TOTALI tramite interventi di formazione e informazione oltre che interventi terapeutici di gruppo (Immagine 4 Tabella di attività):

a. Realizzazione di un Corso Formativo residenziale accreditato ECM: Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del DGA a cura di specialisti del settore (25 partecipanti)

b. Spettacolo TEATRALE "IL CIRCO DELLE ILLUSIONI" a cura della compagnia teatrale "LA PULCE" c/o la sala teatrale interna alla Casa Circondariale Bergamo (100 partecipanti). Sono stati coinvolti operatori dell'area educativa e volontari che a vario titolo accedono all'istituto. Lo spettacolo impostato in chiave comica ha previsto una modalità interattiva con il pubblico attraverso la simulazione di un gioco a premi con vincite simboliche in denaro. La sensibilizzazione al tema è passata in questo modo attraverso la componente emozionale. I feedback osservati sono stati più che soddisfacenti.

c. Conduzione di 30 gruppi motivazionali c/o l'istituto penitenziario con 20 detenuti coinvolti (4). Dalla raccolta dei questionari di gradimento: 100% dei partecipanti ha espresso un gradimento positivo e il 100% ha espresso un aumento della motivazione al trattamento. Il 90% dei testati ha dichiarato un'acquisizione completa di maggiori competenze atte a fronteggiare l'addiction mentre il 10% la parziale acquisizione.

3- Incremento di utilizzo di specifici TEST e degli INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI

4- Ampliamento della rete esterna con coinvolgimento diretto dei GA, Strutture Residenziali e SERD Territoriali

GAP e COVID 19: criticità e modalità di risoluzione attivate

Le persistenti criticità correlate alla pandemia hanno richiesto la riorganizzazione delle attività in termini di numerosità dei detenuti partecipanti ai percorsi di gruppo per un massimo di 8 partecipanti per gruppo e si è attuato lo screening dei detenuti idonei c/o specifiche Sezioni dell'Istituto penale.

Anche c/o l'Istituto Penitenziario gli interventi con i Servizi di rete sia per operatori che per detenuti, resasi difficoltosi per la pandemia, sono stati compensati con contatti via WEB.

Attività in corso e prospettive future

I finanziamenti approvati hanno permesso il rinnovo del personale acquisito per:

- Infermiere;
- Assistente sociale;
- Psicologo psicoterapeuta

Proseguimento degli obiettivi preposti

- Incremento della valutazione dei soggetti per GAP
- Definizione di un percorso standardizzato anche con l'utilizzo di strumenti innovativi quale il Mac G utile a valutare le fasi del cambiamento dei partecipanti al gruppo secondo il modello di Prochaska e Di Clemente.
- Proseguimento dei gruppi motivazionali c/o l'Istituto con la partecipazione diretta dei Giocatori Anonimi
- Incremento dei percorsi psicoeducazionali
- Coinvolgimento dei familiari attraverso il raccordo con la rete territoriale dei servizi
- Partecipazione, degli operatori coinvolti nel progetto, ad attività di trattamento c/o altri Istituti Penitenziari con esperienza nello specifico Disturbo

Conclusioni

I risultati raggiunti sono stati soddisfacenti pur con le limitazioni correlate alla situazione pandemica.

Il punto di forza da sottolineare è stata la presenza di un'equipe dedicata e specifica per il GAP anche se con personale ad alto turnover che ha richiesto la pubblicazione di nuovi bandi concorsuali con selezione di nuovo personale.

Lo strumento più efficace di intervento è sicuramente quello gruppale, in base a quanto osservato a livello clinico e ai feedback ricevuti. Negli incontri di gruppo abbiamo rilevato attraverso l'osservazione dei pazienti e attraverso gli strumenti utilizzati: un aumento della motivazione, un aumento della compliance al trattamento nonché una buona coesione di gruppo tra i partecipanti con aumento dell'atteggiamento proattivo nella vita carceraria.

La partecipazione diretta inoltre dell'Associazione dei Giocatori Anonimi nelle attività di gruppo, con la supervisione dell'equipe del Servizio, ha rappresentato un valore aggiunto ai percorsi già in essere e un'ottima opportunità di continuità terapeutica tra carcere e territorio oltre ad un proficuo e costante confronto tra operatori del settore.

Bibliografia

1. DGR 585/2018 Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico - attuazione DGR 159/2018 d.c.r.n. 1497 aprile 2017
2. DSM 5 Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali
3. D. Capitanucci e T. Carlevaro Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Gioco d'azzardo Patologico
4. "Terapia di gruppo per abuso di sostanze" di Mary Marden Velasquez Cathy Crouch Nanette Stokes Stephens e Carlo C. Di Clemente.

TABELLA DI ATTIVITA'

TIPOLOGIA Degli INTERVENTI	DATI DI ATTIVITA'	SOGGETTI TOTALI RAGGIUNTI
DSM	42 SOGGETTI	42 SOGGETTI
TEST FISHER	56	56 SOGGETTI
TEST SOGS	56	56 SOGGETTI
INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI	99	33 SOGGETTI
INCONTRI CON Giocatori Anonimi	10	40 SOGGETTI
CONTATTI CON STRUTTURE ACCREDITATE PER GAP	2 STRUTTURE	2 SOGGETTI
FORMAZIONE RESIDENZIALE ECM	25 SOGGETTI	25 SOGGETTI
SPETTACOLO TEATRALE	100 SOGGETTI	100 SOGGETTI
GRUPPI MOTIVAZIONALI INCONTRI	30 INCONTRI	20 SOGGETTI

1.4

I PROGRAMMI DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE: UN PERCORSO AD OSTACOLI TRA I BISOGNI DELL'UTENZA E LA CRITICITÀ DELLE RISPOSTE

Campana M.*[1], Calzolari U.[2], Bussini I.E.[2], Milanese P.[2], Salvoldi B.[2], Novel L.S.[2]

[1] ASST Bergamo Est/ Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze/UOSD Servizio Dipendenze, sede di Gazzaniga - Gazzaniga - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Descrivere la criticità, relativa ai programmi residenziali per utenti con DUS e/o alcol ed utenti con morbidità psichiatrica, e suggerire proposte operative, anche in un'ottica di potenziamento della risposta territoriale al bisogno di cura, come si è palesato nel periodo pandemico attuale.

Introduzione

Non è certamente una novità il problema relativo alla disponibilità di risposte adeguate ai bisogni dell'utenza che necessita di un intervento riabilitativo residenziale. La vera novità probabilmente riguarda un generale e permanente appiattimento delle strutture riabilitative su di un target in parte superato (es. DUS da oppiacei in trattamento sostitutivo) e la quasi totale assenza di rinnovamento delle offerte riabilitative che sono troppo spesso non più rispondenti ai crescenti bisogni di un'utenza complessa e caratterizzata da molteplici co-morbidità. Per quanto riguarda per esempio la co-morbidità psichiatrica, il numero di dinieghi all'inserimento degli utenti supera di gran lunga il numero di utenti accettati ed i motivi del diniego sono a volte surreali e meritevoli di trattazione separata.

Scopo dello studio: descrivere la crescente criticità, relativa ai programmi residenziali per utenti con disturbo da uso di sostanze (DUS) e/o alcol ed utenti con morbidità psichiatrica, e suggerire proposte operative da sottoporre agli organi preposti alla pianificazione degli interventi di politica sanitaria. Anche in un'ottica di potenziamento della risposta territoriale al bisogno di cura, come si è palesato nel periodo pandemico attuale.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato le richieste di programma residenziale, formulate dalla nostra équipe a strutture regionali, in un periodo di 3 anni (2019-2021), per utenti con DUS, alcol e co-morbidità psichiatrica ed abbiamo analizzato le risposte da parte delle CT.

Risultati

Nel periodo considerato abbiamo richiesto 82 programmi riabilitativi in CT per alcol, DUS, e co-morbidità psichiatrica. Per 17 pazienti (12 TD, 5 alcol), circa 1/5 del totale, abbiamo ricevuto complessivamente 45 dinieghi da parte delle CT contattate. Per una giovane paziente, con grave co-morbidità psichiatrica, il numero di dinieghi è stato di 6. Questo ha comportato ritardi dei programmi riabilitativi, degenze prolungate negli SPDC, ricerca di soluzioni extra regionali.

Conclusioni

Così come il DPR 309/90 ha fatto il suo tempo e necessita di una profonda revisione e, in certi ambiti, di una vera realizzazione degli obiettivi rimasti disattesi, anche le CT debbono effettuare, a nostro avviso, una profonda rielaborazione dei programmi e delle modalità di trattamento di un'utenza sempre meno inquadrabile in categorie diagnostiche rigide e strutturate, per evitare il paradosso che determina la tenuta in carico dell'utenza più complessa nei SerD e la presa in carico solo dell'utenza aderente ai modelli riabilitativi, da parte delle CT. Si suggerisce quindi una maggiore diversificazione delle proposte riabilitative con una gradualità degli interventi in un crescendo dettato dalla complessità clinica dell'utenza. Il riconoscimento economico per prestazioni più complesse, e che richiedano équipe rafforzate, deve naturalmente essere previsto dalla normativa regionale e non deve più essere la giustificazione all'immobilismo. In estrema e cruda sintesi: i modelli riabilitativi devono adattarsi all'utenza e non viceversa.

1.5

EFFETTI A BREVE E LUNGO TERMINE DELLA STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA RIPETITIVA (RTMS) SULLA DIPENDENZA DA COCAINA E GIOCO D'AZZARDO

Casula E.P.*[1], Idotta C.[2], Chieco F.[2], Boraso A.[2], Frizzarin F.[2], Camporese A.[2]

[1] Fondazione Santa Lucia IRCCS - Roma - Italy,
[2] Dipartimento Dipendenze ULSS 6 Euganea - Montebelluna - Italy

Sottotitolo: Abbiamo valutato gli effetti a breve e lungo termine di un protocollo di stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS), sulla dipendenza da cocaina (CUD) e gioco d'azzardo (GD). 2 settimane di rTMS sulla corteccia dorsolaterale prefrontale sinistra riducono il craving percepito in un campione di pazienti con CUD (18) e con GD (12).

Stato dell'arte

La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) è una recente tecnica di neurostimolazione non invasiva in grado di modulare l'eccitabilità e la neurotrasmissione di specifiche aree cerebrali (Rossi et al., 2009). L'efficacia clinica della rTMS è stata ampiamente dimostrata in diverse patologie psichiatriche, come la depressione farmaco-resistente (George et al., 1996), mentre la sua applicazione nell'ambito dei disturbi da dipendenza è ancora dibattuta.

Obiettivi

In questo studio abbiamo valutato gli effetti terapeutici a breve e lungo termine di un protocollo rTMS di due settimane, applicato sulla corteccia dorsolaterale prefrontale sinistra (l-DLPFC), area associata al controllo inibitorio, in un gruppo di pazienti maschi con

disturbo di abuso da cocaina (CUD) o da gioco d'azzardo (GD). Gli obiettivi specifici del nostro studio erano due: (1) valutare se la rTMS sulla l-DLPFC è in grado di ridurre la frequenza e l'intensità del craving percepito tramite scala visuo-analogica (VAS); (2) valutare se la rTMS sulla l-DLPFC è in grado di ridurre la gravità della dipendenza misurata attraverso i test "severity of dependence scale" (SDS) per i pazienti CUD e "gambling symptom assessment scale" (G-SAS) per i pazienti GD.

Metodo

I pazienti sono stati reclutati nel periodo tra il 20/01/2020 e il 20/09/2021; dopo lo screening iniziale per l'inclusione nel protocollo di studio, è stata valutata la loro soglia di stimolazione ed è stata effettuata una valutazione clinico-anamnestica al baseline (W0). 18 pazienti CUD e 12 pazienti GD sono stati assegnati in modo pseudo-randomizzato a due gruppi: un gruppo trattato con rTMS "real" (ossia reale) (9 CUD di 34±7 anni; 6 GD di 46±9 anni), un gruppo trattato con rTMS "sham" (ossia placebo) (9 CUD di 37±9 anni; 6 GD di 45±3 anni). Il protocollo rTMS "real" prevedeva una sessione di stimolazione di 20 minuti nella quale 20 treni di impulsi a 10 Hz erano somministrati sulla l-DLPFC. La rTMS "sham" era eseguita con gli stessi parametri ma con il coil girato di lato, in modo che nessuna corrente venga indotta nel cervello. Le VAS erano poi ripetute dopo 1 delle due settimane di protocollo (W1), subito dopo il protocollo (W2) e dopo 4 (W4), 8 (W8) e 12 settimane (W12) dalla fine del protocollo rTMS. Le scale SDS e G-SAS sono state ripetute dopo 4 (W4), 8 (W8) e 12 settimane (W12) dalla fine del protocollo rTMS.

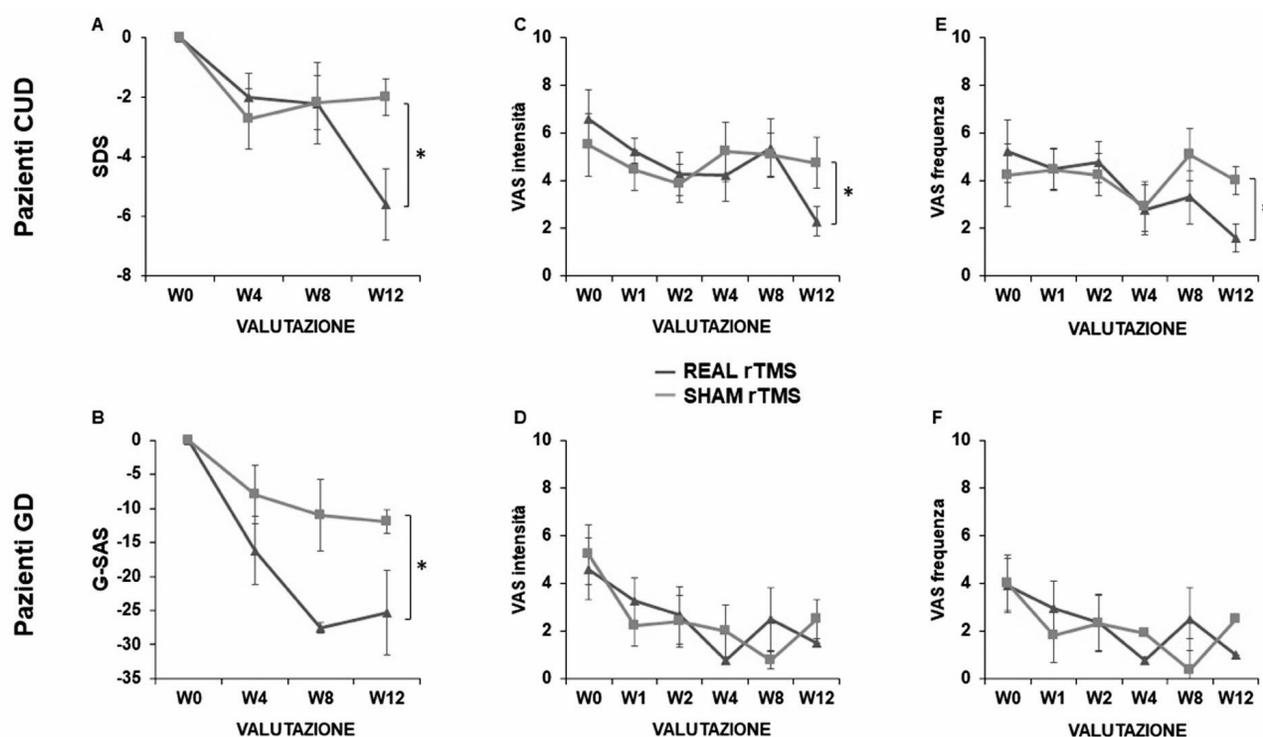
Risultati

Il protocollo rTMS è stato ben tollerato da tutti i pazienti senza nessun effetto collaterale. I due gruppi (real e sham) non differivano alla valutazione di baseline (W0) per nessuna delle variabili testate: età, intensità di stimolazione, VAS, SDS e G-SAS (tutti i p-value>0.05; tabella 1).

Le analisi delle SDS/G-SAS (fig.1A e B) hanno rivelato un abbassamento significativo del punteggio per il gruppo "real", rispetto al gruppo "sham" a 12 settime-

Tabella 1

PAZIENTI	GRUPPO	INFO			SDS / G-SAS				VAS intensità					VAS frequenza						
		VALORE	RMT	ETA	W0	W4	W8	W12	W0	W1	W2	W4	W8	W12	W0	W1	W2	W4	W8	W12
CUD	REAL rTMS	MEDIA	55.67	34.67	9.78	7.43	6.20	4.00	6.61	5.25	4.27	4.21	5.38	2.30	5.22	4.50	4.79	2.79	3.30	1.60
		DS	8.83	7.57	3.35	2.44	0.84	1.22	3.20	1.39	2.45	2.90	3.20	1.57	3.47	2.27	2.31	2.78	2.91	1.52
	SHAM rTMS	MEDIA	56.44	37.33	10.00	7.29	7.50	7.00	5.50	4.44	3.88	5.21	5.08	4.75	4.22	4.44	4.25	2.93	5.08	4.00
		DS	7.21	8.92	2.78	3.20	2.35	3.16	3.45	2.24	2.10	3.31	2.48	2.84	3.15	2.51	2.66	2.01	1.80	2.35
GD	REAL rTMS	AVG	56.00	46.60	32.40	16.20	8.00	8.33	4.60	3.26	2.66	0.75	2.50	1.50	3.90	2.94	2.36	0.75	2.50	1.00
		SD	11.73	9.74	5.94	10.52	7.07	11.15	3.44	2.58	3.17	0.35	3.50	1	3.05	3.00	3.14	0.35	3.50	1.00
	SHAM rTMS	AVG	59.60	45.00	15.80	7.80	4.50	8.33	5.20	2.20	2.40	2.00	0.75	2.50	4.00	1.80	2.30	1.90	0.38	2.50
		SD	7.13	3.16	9.09	7.76	5.45	9.07	3.27	2.28	2.88	2.92	0.96	2.18	2.65	1.64	2.44	2.97	0.48	2.18



ne dall'inizio del protocollo (W12), sia nei pazienti CUD ($p=0.04$; fig. 1A) che nei pazienti GD ($p=0.03$; fig. 1B). Nessun'altra differenza è stata trovata significativa (tutti i p -value >0.05).

Le analisi delle VAS hanno rivelato un significativo decremento della frequenza ($p<0.05$; fig. 1C) e dell'intensità ($p<0.05$; fig. 1E) del comportamento di craving percepito dai pazienti CUD dopo 12 settimane dal protocollo rTMS (W12) per il gruppo "real", rispetto al gruppo "sham". Nessun'altra differenza significativa è stata riscontrata (tutti i p -value >0.05).

Discussione

I nostri risultati suggeriscono una efficacia a 12 settimane della rTMS sulla l-DLPFC nel ridurre il craving percepito dei pazienti CUD e GD. Non è stata osservata alcuna differenza tra i gruppi "real" e "sham" nel primo mese dopo il trattamento: questo può essere dovuto al noto effetto placebo associato alla TMS (Duecker e Sack, 2015). Da un punto di vista fisiologico, il protocollo rTMS utilizzato potrebbe aver indotto un meccanismo di plasticità simile al potenziamento a lungo termine (LTP) sulla l-DLPFC andando ad agire sulle connessioni dopaminergiche verso il sistema limbico (Gay et al., 2013). La nostra ipotesi è che attraverso l'induzione di LTP sulla l-DLPFC sia stato rinforzato il controllo inibitorio che quest'area esercita sul craving nei pazienti con CUD e GD. I nostri risultati sembrano essere più solidi nei pazienti CUD rispetto a quelli GD, ma questo potrebbe essere legato alla bassa numerosità del campione GD. Ulteriori studi sono in corso per

valutare la persistenza dell'efficacia terapeutica della rTMS in finestre temporali più lunghe.

Bibliografia

- Duecker, F., & Sack, A. T. (2015). Rethinking the role of sham TMS. *Frontiers in Psychology*, 6, 210. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00210>
- Gay, A., Boutet, C., Sigaud, T., Kamgoue, A., Sevos, J., Brunelin, J., & Massoubre, C. (2017). A single session of repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex reduces cue-induced craving in patients with gambling disorder. *European Psychiatry*, 41(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.001>
- George, M. S., Taylor, J. J., & Short, E. B. (2013). The Expanding Evidence Base for rTMS Treatment of Depression. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835ab46d>
- Rossi, S. (2009). Safety of TMS Consensus Group: Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol*, 120, 2008–2039.

1.6

PROFILO DEL PAZIENTE CON LA MIGLIORE ADERENZA AL TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LA DIPENDENZA DA OPIACEI CON LEVO-METADONE

Curcio F.*[1], Asturaro E.[2], Bandiera F.[2], Barretta V.[2], Fontebasso M.[2], Gautiero G.[2], Girasole D.[2], Marguccio E.[2], Mazzella C.[2], Nicotra F.[2], Pianese P.[2], Procida M.[2], Spalice R.[2], Spalice A.[2], Scialò L.[2], Rutigliano M.A.[2], Topa M.[2]

[1]ASL Napoli 1 Centro - Dipartimento Dipendenze - U.O.C. Dipendenze ovest - Napoli - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: La determinazione delle caratteristiche più idonee per il trattamento farmacologico del paziente con levo-metadone

Premessa

Il levo-metadone è stato ormai introdotto come strumento terapeutico farmacologico per la dipendenza da oppiacei. Sulla base di numerosi studi è stato possibile stabilire alcune evidenze. Il levo-metadone ha efficacia doppia rispetto al racemo nell'attività di ligando ai recettori κ per gli oppiacei. Esso presenta inoltre un'affinità recettoriale per i recettori η 10 volte maggiore del destro-metadone e una potenza analgesica 50 volte maggiore; pertanto, la miscela racemica ha un'attività terapeutica "diluita" a causa della presenza del destro-metadone, la cui forma chimica destrogira presenta limitata attività di ligando, esprimendo essa invece una certa attività nei confronti di altri recettori presenti nell'organismo umano. Gli effetti oppioidi del metadone racemo (sollevio dal dolore, eliminazione dei sintomi di astinenza e del craving) sono attribuibili per lo più al levo-metadone. Rispetto al metadone racemo, il levo-metadone presenta un'emivita più lunga. Sulla base di tali evidenze si ipotizza che la dose efficace del levo-metadone per l'induzione e il successivo utilizzo del nuovo farmaco sia pari al 50% del metadone racemo in uso nei pazienti trattati per la dipendenza da oppiacei. Un'altra evidenza scientifica riguarda la scarsa influenza del levo-metadone sull'intervallo QTc dell'elettrocardiogramma, con un migliore profilo di sicurezza cardiaca

del levo-metadone anche rispetto al metadone racemo, oltre che al destro-metadone. Ne consegue l'indicazione dell'uso del levo-metadone in soggetti con disturbi del tessuto di conduzione del cuore, oppure che necessitano di farmaci con effetto di allungamento dell'intervallo QT per la cura di patologie concomitanti.

Usualmente gli indicatori utilizzati per la valutazione dell'efficacia terapeutica del farmaco sono il monitoraggio dell'uso concomitante di sostanze illecite; la valutazione dei sintomi di astinenza; la valutazione del craving e l'aderenza al trattamento.

Metodo. Lo scopo principale dello studio osservazionale retrospettivo longitudinale è la valutazione dell'efficacia del levo-metadone per la "recovery" del paziente, con un set di indicatori molto più ampio del semplice monitoraggio dell'astinenza. Ne consegue l'identificazione del profilo del paziente a cui proporre il farmaco in alternativa agli altri già utilizzati nella routine terapeutica, non disponendo ancora di un'analisi genetica che potrebbe essere utile in tal senso.

Obiettivo secondario: la valutazione degli effetti desiderati ed indesiderati del farmaco. Lo studio osservazionale retrospettivo ha avuto la durata di 36 mesi/paziente, con rilevamenti principali al tempo 0, 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi e dopo 24 mesi ed oltre dall'inizio del trattamento e si è svolto nel Ser.D.25 della U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro.

Criteri di inclusione: qualsiasi dosaggio di metadone HCl, diabete, patologie cardiache, utilizzo di altre sostanze psicoattive; **criterio di esclusione:** gravidanza. Nel caso di passaggio da metadone HCl a levo-metadone, il criterio utilizzato per la posologia iniziale è pari alla metà del racemo.

Metodo - nella coorte arruolata, costituita da 52 soggetti si è valutata la variazione della posologia del levo-metadone in relazione al precedente uso di metadone e nel follow up successivo. Nel corso degli esami ematici routinari sono stati inseriti i dosaggi seriali di alcuni ormoni sessuali al fine di osservare eventuali variazioni di rilievo nei dosaggi successivi al tempo zero. Sono stati raccolti i dosaggi di prolattina, FSH, LH, progesterone, DHEA-S, 17 beta-estradiolo, testosterone, free testosterone. Al tempo zero, dopo sei mesi e dopo 12 mesi di trattamento.

Sono poi state indagate alcune aree funzionali psicosomatiche e relazionali, oltre allo screening per la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze psicoattive. Tutti i rilevamenti e le interviste sono state ripetute periodicamente. Per quanto riguarda l'ambito somatico è stata mostrata una illustrazione semplificata della Bristol Stool Scale al fine della classificazione del tipo di feci più frequentemente emesse, oltre all'intervista relativa alla frequenza dell'alvo. Anche la funzione sessuale è

stata indagata, in relazione alla capacità erettile (nei maschi) e alla libido, autovalutata dai pazienti stessi, su una scala visual analogic (VAS).

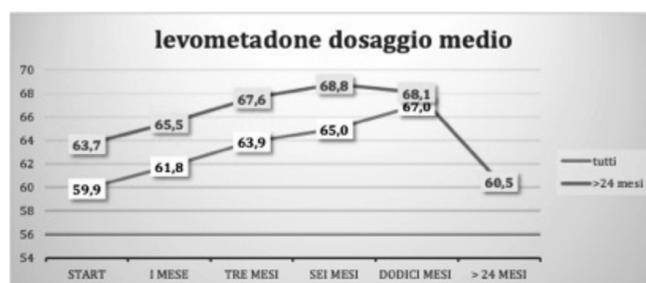
Ancora sono state indagate alcune funzioni dell'idea-zione, come la lucidità di pensiero e le variazioni dell'umore nel corso delle interviste periodiche. Infine, si è monitorato il comportamento socio-relazionale utilizzando l'acronimo FLASCH (famiglia, lavoro, amici, sessualità, casa, hobby), effettuando un test in auto-valuzione il grado di soddisfazione attuale percepito rispetto al modello ideale delle varie dimensioni indagate, nel corso delle previste interviste ad intervalli temporali prestabiliti.

Risultati preliminari. Al momento sono monitorati 52 soggetti (47 maschi - 90,4% - e 5 femmine - 9,6%); all'arruolamento l'età mediana è 45,0 anni e la media 44,2 (+/- 9,39); 6 non sono italiani. Drop out: nel corso del primo anno 14 soggetti (26,9%) sono usciti dallo studio, uno dei quali ha volontariamente sospeso il trattamento OST (opiate substitution therapy). Dopo 36 mesi sono usciti dallo studio altri 9 soggetti, per cui sono ormai in trattamento con levo-metadone 29 dei 52 pazienti reclutati (55,8%). Di tutti i pazienti in drop out 3 soggetti hanno sospeso prima dei 10 giorni di trattamento; 4 hanno abbandonato prima dei tre mesi; uno prima dei sei mesi, sei dopo oltre 6 mesi e gli altri 9 hanno completato l'anno, ma non sono giunti a 36 mesi - 3 di essi sono deceduti (proprio per le condizioni patologiche connesse alla scelta del levo-metadone). All'ingresso il body mass index (BMI) medio è 28,1 (+/- 7,04) ed è poi rimasto simile dopo un anno. Il dosaggio medio di metadone al T0 è di 114,9 (+/-68,3) mg/die e il trattamento con levo-metadone è cominciato con la media di 59,9 (+/-35,4) mg, posologia già leggermente più elevata del 50%.

Il dosaggio di levo-metadone nel corso del primo mese è aumentato a 61,8 mg. (+3,2%). Al terzo mese il dosaggio medio è aumentato a 63,9 mg. (+6,7%); per i pazienti giunti al 6° mese il dosaggio medio è 65,0 mg/die (+8,5%). Confrontando il dosaggio iniziale e finale dei pazienti giunti ai 12 mesi rileviamo un incremento da 61,0 mg. all'inizio a 67,0 (aumento del 9,8% (grafico 1 - dosaggi medi dei pazienti in trattamento, confronto tra i gruppi a 12 e >24 mesi).

L'ultimo rilievo riguarda i pazienti ancora in trattamento dopo 36 mesi, che hanno cominciato con 63,7 mg, hanno raggiunto 68,1 mg (+6,9%) ai dodici mesi e sono tutt'ora in trattamento alla posologia di 60,5, pertanto in questo gruppo registriamo un picco e poi dopo 36 mesi una diminuzione di 3,2 mg. (-5,0%) rispetto al dosaggio iniziale.

Il monitoraggio dei tossicologici dei pazienti ancora in studio al dodicesimo mese registrava un paziente posi-



tivo solo per oppiacei e benzodiazepine; tutti gli altri soggetti assumevano il levo-metadone, in 3 casi utilizzando anche THC; altri 3 associavano le benzodiazepine; in altri 5 casi risultavano presenti metaboliti del metadone, cocaina e alcuni anche altre sostanze.

Le caratteristiche del gruppo ancora in trattamento oltre il 24° mese: 17 assumevano il solo levo-metadone; 6 assumevano delta9-THC insieme al levo-metadone, 2 levo-metadone e benzodiazepine; altri 11 (30,6%) associavano altre sostanze psicoattive da strada (prevalentemente cocaina).

Funzioni fisiologiche

L'alvo veniva riferito quotidiano nel 15,9% dei soggetti al tempo 0; nella quasi totalità dei casi, con il levo-metadone dopo sei mesi era quotidiano, senza l'assunzione di lassativi. Al terzo mese la libido era percepita migliore, contrassegnata da un punteggio che passava da 5,2 sulla scala VAS al T0 a 7,2 (+38,4%); anche l'efficienza sessuale riferita migliorava sensibilmente: da 5,4 a 6,8 (+25,9%) della scala VAS. I soggetti riferiscono un netto miglioramento dell'ideazione, che viene riportata più pronta e lucida, anche se con un miglioramento non importante come per la funzione sessuale. Per quanto riguarda la sfera relazionale, alle domande "FLASCH" il punteggio complessivo scendeva da 34,8 a 32,0 (-8%) dopo sei mesi e a 27,5 (-20,9%) dopo un anno. L'unico aspetto che migliorava sensibilmente era quello sessuale (+15,4% dopo 12 mesi).

Gli esami del sangue per il monitoraggio ormonale - al T0 la prolattina era nel range di riferimento in tutti i soggetti; anche i valori medi del dosaggio del testosterone e della sua variante "testosterone libero" si mantenevano mediamente nella zona bassa del range di normalità, anche se 11/20 pazienti presentavano valori al di sotto dei valori normali.

Conclusioni. Nell'ambito degli obiettivi secondari possiamo rilevare alcune evidenze emerse nel corso dello studio, giunto ormai a oltre 36 mesi di durata, sia pure da confermare con ulteriori studi: impostare il dosaggio del farmaco al 55% del metadone racemo è apparsa una strategia per l'induzione, tuttavia esso va ulteriormente corretto nel corso del tempo, fino ad un incremento di circa il 10%. Ciò incide anche sui costi sanitari del

trattamento. D'altro canto la logistica necessaria per il lo storraggio e spese di trasporto più esigue implicano minore impegno.

Gli esami tossicologici evidenziano un certo fabbisogno di sedazione dei soggetti, che li porta prevalentemente all'uso di THC o di benzodiazepine.

Evidente il miglioramento di alcune funzioni fisiologiche (alvo, funzione sessuale), che in alcuni casi rappresenta motivo di buona soddisfazione dell'utenza.

Invece la sfera relazionale presenta un aumento dell'insoddisfazione e un peggioramento dell'auto-percezione. Tale sensazione di insoddisfazione si può spiegare anche grazie alla maggiore lucidità di pensiero e consapevolezza delle insufficienze insite nella sfera relazionale dei soggetti. Questa insoddisfazione è uno dei motivi per i quali diversi utenti richiedono il passaggio al precedente trattamento con racemo, oppure fanno uso di sostanze complementari "da strada".

Viene spesso riferita una "sensazione di astinenza" a seguito del passaggio al levo-metadone, la quale, tuttavia, se indagata più accuratamente, non sembra essere legata alla presenza di veri sintomi di astinenza (sensazione di caldo/freddo, piloerezione, ansia, ecc.), ma ad una ridotta sedazione o, in altri termini, ad un'eccessiva "lucidità mentale", come già rilevato nel corso dei nostri risultati preliminari e confermato dal gruppo di Riglietta et al., 2018. Ciononostante, il passaggio dal racemo al levo-metadone può favorire l'emergere della percezione di essersi svincolati dall'uso di metadone che, dal punto di vista storico, ha rappresentato l'emblema dello stigma. Dunque, il suo utilizzo può avere un impatto sul miglioramento della qualità della vita. Anche altri studi riportano che il trattamento con levo-metadone, sia maggiormente associato ad effetti collaterali quali irritabilità e disturbi gastrointestinali (Schoofs, Riemer, Bald, Heinz et al., 2013), ecco perché ancora diversi studi supportano la tesi secondo la quale l'uso del metadone sia considerato il trattamento di prima linea per le persone con dipendenza da oppiacei. Da non trascurare anche il fattore "ricadute", associato ad un aumento di voglia delle sostanze e ad insoddisfazione verso il farmaco sostitutivo, registrato maggiormente in pazienti trattati con metadone e levo-metadone rispetto ad altri farmaci sostitutivi, evidenziato in altri Paesi europei (Guillery, 2020).

Per quanto riguarda eventuali variazioni dei valori di laboratorio relativi alla sfera ormonale, risulta ancora prematuro esprimere qualsiasi parere. In questo caso il punto di debolezza dello studio consiste nel mancato arruolamento di un gruppo "matched" di controllo.

Da non ignorare la necessità di ulteriore monitoraggio dei rischi connessi alla diversione della formulazione terapeutica pari alla metà del volume del metadone

In conclusione, il levo-metadone è un ulteriore strumento terapeutico a disposizione dell'équipe per il trattamento di alcuni soggetti; come sempre, una migliore qualità dell'accoglienza ed una maggiore preparazione delle équipe di riferimento dei pazienti incidono certamente sull'esito delle terapie e sui rapporti costo/efficacia di un trattamento. Di fatto, una formazione qualitativamente più profonda può contribuire a rafforzare le relazioni terapeutiche tra operatori e pazienti, incidendo indirettamente sull'aderenza al trattamento (Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997; Gorkin et al., 1990). In sintesi, sarebbe augurabile "sartorializzare" il trattamento in base al profiling scopo del nostro studio: il paziente che sembra più adatto è animato dal desiderio di migliore performance relazionale, che ambisce ad una recovery più stabile, ad una vita lavorativa e relazionale più piena e non teme di affrontare le proprie insoddisfazioni, ma le quali è anzi determinato ad affrontare. Meglio se preoccupato della propria salute e del buon funzionamento psico-fisico. Queste caratteristiche, con le dovute eccezioni, si riscontrano maggiormente agli "estremi" della dipendenza, tra i giovani, la cui dipendenza non è troppo "datata", oppure tra coloro i quali non vogliono più fare parte dei cosiddetti "sleepers", ma vogliono reagire, riappropriandosi delle proprie prerogative. Proprio questi ultimi devono essere particolarmente sostenuti - soprattutto psicologicamente - dagli operatori delle dipendenze al fine di aiutarli a recuperare il troppo tempo perduto.

Bibliografia

- 1) Riglietta, M., Donadoni, P., Carbone, G., Pisoni, C., Colombi, F., & Vaiarini, M. (2018). *L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei. Mission-Open Access*, (52).
- 2) Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). *Drug abuse treatment process components that improve retention. Journal of substance abuse treatment*, 14(6), 565-572.
- 3) Gorkin, L., Goldstein, M. G., Follick, M. J., & Lefebvre, R. C. (1990). *Strategies for enhancing adherence in clinical trials. The handbook of health behavior change. New York: Springer*, 361-375.
- 4) Guillery, S. P. E., Hellweg, R., Enge, S., Bohr, U., Kunte, H., & Kronenberg, G. (2020). *Patients'perceptions of opioid replacement therapy: a comparison of diammorphine and methadone/levomethadone. International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10.
- 5) Schoofs, N., Riemer, T., Bald, L. K., Heinz, A., Gallinat, J., Berman, F., & Gutwinski, S. (2013). *Methadone and levomethadone-dosage and side effects. Psychiatrische Praxis*.

1.7

AUDIOVIDEO “PROGETTO GRUPPO GIOVANI KAIRÒS”

Falcomer C.*[1], Savioni E.[2], Rigo G.[3], Marino F.[3], Giacomini T.[3]

[1] Coop. Soc. Itaca - Pordenone - Italy,

[2] Dipartimento delle Dipendenze AsFO di Pordenone, SerD di Azzano Decimo - Azzano Decimo (PN) - Italy,

[3] Italy

Sottotitolo: Videoclip realizzato all'interno del Laboratorio di songwriting svolto con il “Progetto Giovani Kairos”. Lo scorso anno abbiamo presentato il progetto nell'Area e Poster IX Congresso Nazionale FeDerSerD, T04-P03. Quest'anno desideriamo condividere il video e la canzone creati dai ragazzi che hanno partecipato al laboratorio.

Il testo è nato all'interno del laboratorio di musicoterapia condotto dalle operatrici del SerD di Azzano Decimo (PN) con la collaborazione del musicoterapeuta Marco Anzovino. A partire dalle riflessioni di tutti i partecipanti, scaturite attorno all'incipit “ora che t'è vicino...” è stato possibile costruire un testo capace di rappresentare un pò tutti i ragazzi/e, nelle loro fatiche, ma anche nelle loro speranze. La musica scritta dal nostro musicoterapeuta è stata successivamente arricchita dagli arrangiamenti realizzati con la chitarra elettrica da uno dei ragazzi del laboratorio. Le musiche realizzate da due chitarre suonate dai ragazzi, unitamente alla parte strumentale realizzata da Marco Anzovino e Arianna Pegoraro, registrate con la preziosa collaborazione tecnica di Massimo Rispoli (fonico), hanno permesso di far nascere la nostra canzone “Ora che ti sento Vicino”. Una volta realizzata ed ascoltata tutti insieme, l'entusiasmo dei ragazzi/e è stato tale, e l'orgoglio per quanto erano riusciti a realizzare li aveva talmente sorpresi, da indurli a chiedere di corredare testo e musica, con un video. Il video è stato quindi realizzato con la videomaker Irene Ciol che, seguendo le idee dei ragazzi, ed unendo registrazioni fatte con loro, a piccole aggiunte grafiche e video tratti dall'ambiente, con l'utilizzo di un semplice cellulare, è riuscita a dare forma al video su cui scorre la canzone.

Di seguito il link dal quale è possibile vedere ed ascoltare la canzone del Gruppo Giovani Kairos del SerD di Azzano Decimo di Pordenone. Anche la pubblicazione

sui social è avvenuta a seguito della richiesta dei ragazzi/e e secondo le modalità da loro proposte:
<https://www.facebook.com/anzovinomarco/videos/287575779515779>

Bibliografia

Età adolescenziale – Palmonari

Intervento educativo con adolescenti devianti – Charmet, modello Minotauro

Colloquio motivazionale adolescenti – Matulich, Rollnick, Miller

Autoefficacia – Albert Bandura

Abilità sociali di vita (Life Skills) – OMS

Relazione d'aiuto – Carl Rogers

Stadi della motivazione al cambiamento – Prochaska

Coping - Lazarus & Folkman

Efficacia della terapia di gruppo – Yalom e Lewin

1.8

STUDIO APERTO, MULTICENTRICO, A BRACCIO SINGOLO DI INIEZIONI MENSILI DI BUPRENORFINA A RILASCIO PROLUNGATO IN PERSONE CON DISTURBO DA USO DI OPIOIDI (OUD): LO STUDIO COLAB

Farrell M.*[1], Shahbazi J.[2], Byrne M.[2], Larance B.[2], Lintzeris N.[3], Nielsen S.[1], Grebely J.[4], Shanahan M.[2], Lancaster K.[5], Dore G.J.[4], Ali R.[6], Dunlop A.[7], Rodgers C.[8], Degenhardt L.[9]

[1]National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney, - Sydney - Australia, [2]National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney, - Sydney - Italy, [3]Discipline of Addiction Medicine, University of Sydney - Surry Hills - Australia, [4]The Kirby Institute, UNSW Sydney - Sydney - Australia, [5]9. Faculty of Health and Medical Sciences, University of Adelaide - Adelaide - Australia, [6]ational Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney - Sydney - Australia, [7]Alcohol and Drug Service, St Vincent's Hospital - Sydney - Australia, [8]St Vincent's Hospital, Sydney - Sydney - Australia, [9]1. National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney - Sydney - Italy

Sottotitolo: Lo studio real world Community Long-Acting Buprenorphine (CoLAB) ha valutato gli esiti dei pazienti con OUD in trattamento per 48 settimane con BUP-XR ed esaminato l'uso di BUP-XR in diversi contesti sanitari in Australia. Ha dimostrato un'elevata ritenzione, soddisfazione globale con il trattamento e riduzione dell'uso di droga per via iniettiva.

Le formulazioni di buprenorfina a rilascio prolungato (BUP-XR) recentemente sviluppate rappresentano uno sviluppo potenzialmente significativo nel trattamento con agonisti oppioidi (OAT). BUP-XR viene somministrata per via sottocutanea, rilasciando lentamente buprenorfina a una velocità controllata durante l'intervallo di somministrazione. BUP-XR ha una rapida insorgenza dell'effetto e fornisce un rilascio prolungato di buprenorfina, producendo il blocco dei recettori mu-oppioidi, e riducendo al minimo gli effetti euforizzanti

derivanti dall'uso illecito degli oppioidi. Le attuali formulazioni prevedono la somministrazione settimanale o mensile. I vantaggi includono una ritenzione in trattamento potenzialmente migliorata; maggiore scelta e flessibilità per i pazienti e riduzione dell'impegno di recarsi regolarmente in clinica o in farmacia. Tuttavia, molte persone dipendenti da oppioidi non sceglierebbero BUP-XR; le maggiori perplessità includono il fatto di avere un controllo ridotto sulla dose del farmaco, l'interruzione del trattamento, i potenziali effetti collaterali e, forse perversamente, una scelta ridotta di trattamenti.

Sono stati pubblicati tre studi randomizzati, controllati, di formulazioni BUP-XR. BUP-XR è risultata superiore al placebo e non inferiore alla buprenorfina sublinguale nel ridurre l'uso illecito di oppioidi. La ritenzione in BUP-XR a 24 settimane è stata del 67% e del 73%. Queste percentuali sono sostanzialmente più alte di quelle osservate nel trattamento di routine con buprenorfina sublinguale, tuttavia la misura in cui questi studi riflettono la pratica clinica "del mondo reale" è limitata, dato il fatto che era richiesta la frequenza quotidiana delle cliniche.

Scopo

Lo studio Community Long-Acting Buprenorphine (CoLAB) ha mirato a valutare gli esiti dei pazienti con disturbo da uso di oppioidi (OUD) in trattamento per 48 settimane con BUP-XR e ha esaminato l'implementazione di BUP-XR in diversi contesti sanitari comunitari in Australia. L'endpoint primario era esaminare la ritenzione in BUP-XR per 48 settimane. È stato anche definito un gran numero di esiti secondari pre-specificati, compreso il potenziale impatto della ritenzione sull'uso di sostanze, sulla salute mentale e fisica e su altri comportamenti a livello sociale.

Metodologia

I partecipanti sono stati reclutati da sette siti, una rete di medici di famiglia e servizi specializzati nel trattamento della tossicodipendenza situati in tre stati dell'Australia (n=100). Dopo un minimo di 7 giorni con 8-32 mg di buprenorfina sublinguale (\pm naloxone), i partecipanti hanno ricevuto iniezioni sottocutanee mensili di BUP-XR (Sublocade®) somministrate da un operatore sanitario a intervalli di 28 giorni (-2/+14 giorni) e hanno completato colloqui di ricerca mensili.

Risultati

1) Dati demografici e caratteristiche al basale

I partecipanti erano prevalentemente di sesso maschile (72%) e avevano un'età media di 44 anni. L'oppioide principale coinvolto negli ultimi tre mesi era principal-

Tabella 1. Caratteristiche basali	(N=100)
Età, media (DS)	44 (9)
Donne, n (%)	28 (28)
Età del primo consumo di oppioidi, media (DS)	24 (8)
Primo oppioide utilizzato, n (%)	
Eroina	58 (58)
Farmaco oppioide	40 (40)
Altro	2 (2)
Età del primo episodio di trattamento, media (DS)	34 (10)
Il primo farmaco OAT prescritto è stato il metadone, n (%)	41 (41)
Trattamento OAT negli ultimi 3 mesi*, n (%)	
Metadone	7 (6)
Buprenorfina-Naloxone	99 (90)
Buprenorfina	4 (4)
Oppioide primario di interesse, n (%)	
Eroina	54 (54)
Farmaco oppioide	45 (45)
Altro (oppio)	1 (1)
Durata del trattamento attuale in anni, mediana (RIQ)	2 (4)
Durata totale dell'OAT in anni, mediana (RIQ)	
Metadone	0,5 [5,5]
Buprenorfina	3 [4]
Overdose non fatale nell'ultimo anno	14 (14)
VAS di craving da oppioidi, mediana (IQR)	0 (18)
Scala soggettiva di astinenza da oppioidi, mediana (IQR)	2 (5,5)
Scala clinica di astinenza da oppioidi, n (%)	
Nessuna astinenza da oppioidi segnalata	90 (90)
Segnalata astinenza lieve	10 (10)
Segnalata astinenza significativa	0 (0)
Depressione moderatamente grave (PHQ-9), n (%)	42 (42)
Punteggio del dolore, media (DS)	10,1 (9,0)
Qualità della vita (AQoL-4D), media (DS)	0,53 (0,27)

*I pazienti notavano aver avuto >1 trattamento

mente l'eroina (54%) e nel 45% dei partecipanti erano oppioidi da prescrizione. Nel complesso, il gruppo aveva una lunga storia di OAT, con una media di 6 anni di durata totale di trattamento con metadone, 4 anni con buprenorfina sublinguale e una mediana di 2,3 anni per quanto riguarda il trattamento in corso con OAT. Nei sette giorni precedenti l'arruolamento, il 60% aveva ricevuto buprenorfina sublinguale ad alte dosi (>16 mg). Al basale, la maggior parte (90%) non ha riportato astinenza da oppioidi. Ulteriori dettagli sul campione sono presentati nella tabella 1.

Risultati

2) Obiettivi primari

La ritenzione era stata del 75% a 12 mesi e dell'86% a 6 mesi. Si definisce ritenzione, come l'atto di mantenere la terapia con buprenorfina depot, dopo l'inizio del trattamento mensile.

3) Associazioni tra ritenzione in trattamento con BUP-XR ed obiettivi secondari

Le probabilità di uso di tutte le sostanze illecite esaminate in un dato mese erano diminuite significativa-

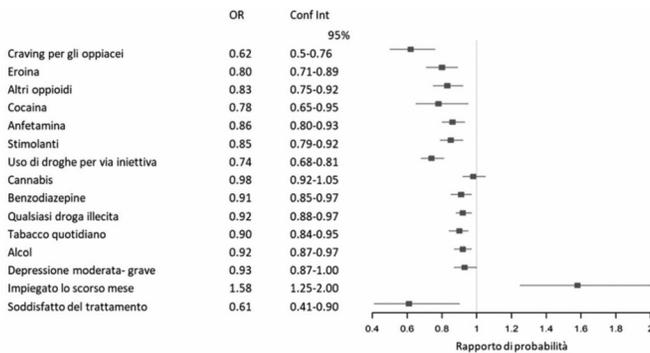
mente nel periodo di ritenzione in BUP-XR, ad eccezione della cannabis. La probabilità di consumo di eroina nell'ultimo mese era diminuita del 20% per ogni 4 settimane di ritenzione in BUP-XR (OR 0,80, 95% CI 0,71-0,89); la probabilità di consumo di oppioidi non prescritti era diminuita del 17% (OR 0,83, IC 95% 0,75-0,92) e la probabilità di consumo di droga per iniezione nell'ultimo mese era diminuita del 26% per ogni 4 settimane di ritenzione in BUP-XR (OR 0,74, 95 %CI 0,68-0,81).

I risultati sono riassunti nella Fig.1.

Variatione moltiplicativa stimata nelle probabilità dei risultati per ulteriori 28 giorni di trattamento.

Una serie di misure del benessere e della soddisfazione complessiva con il trattamento e soddisfazione con il trattamento farmacologico avevano suggerito miglioramenti piccoli ma statisticamente significativi della qualità della vita, una riduzione del dolore e una maggiore soddisfazione con i farmaci ricevuti e con il trattamento in generale. I risultati sono riassunti nella Fig. 2.

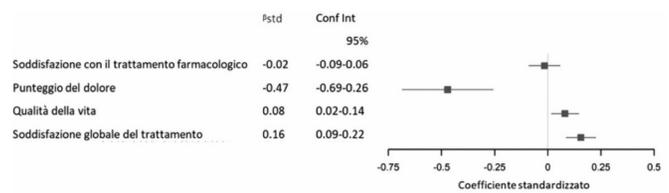
Fig.1. Probabilità di uso di sostanze illecite e altri



Coefficiente standardizzato stimato dell'effetto additivo del tempo di ritenzione in trattamento sulla valutazione degli esiti

4) Utilizzo del trattamento e aderenza al trattamento
 La heatmap (Fig.3) mostra l'aderenza mensile al trattamento e al programma di dosaggio a livello individuale per tutte le 48 settimane di trattamento. Ogni riga rappresenta un singolo partecipante e la colonna rappresenta il momento del trattamento (in settimane). Tutti i partecipanti hanno ricevuto una dose di 300 mg al basale e alla settimana 4. La maggioranza è passata alla dose di mantenimento di 100 mg dopo le prime due dosi. Il numero medio di giorni tra le iniezioni

Fig.2. Variazione nella soddisfazione con il farmaco, valutazione del dolore, qualità della vita, soddisfazione globale con il trattamento. obiettivi secondari

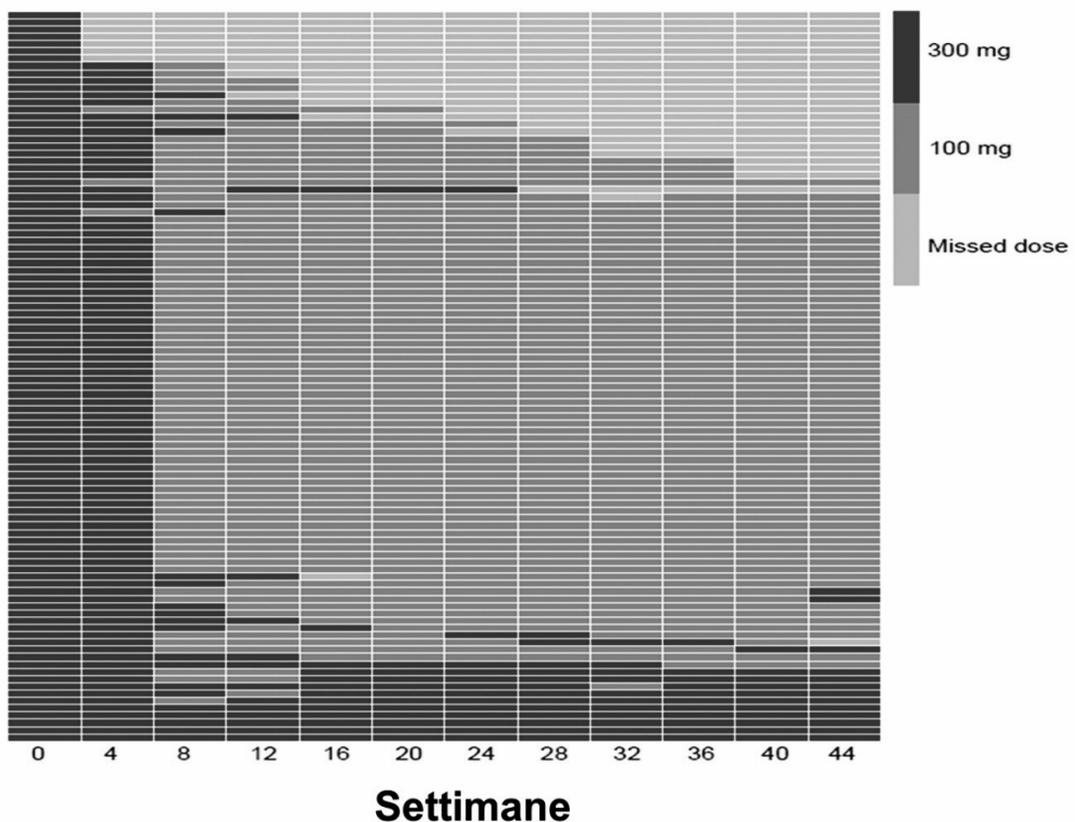


somministrate è stato di 29 giorni. Tre partecipanti sono stati automaticamente sospesi a causa della mancata somministrazione di una dose di BUP-XR per più di 56 giorni tra le iniezioni, il che comporta la mancata aderenza al regime di dosaggio definito dal protocollo.

Implicazioni

Lo studio CoLAB è stato uno studio real world di implementazione di BUP-XR che ha dimostrato un'elevata ritenzione, soddisfazione con il trattamento e una migliore qualità della vita percepita, mentre è stata osservata una riduzione dell'uso di sostanze per via iniettiva, del dolore e della depressione. La flessibilità

Fig.3 Aderenza mensile al trattamento e utilizzo del trattamento



offerta dai prodotti BUP-XR può significare che sono più facili da somministrare in una vasta gamma di ambienti.

Questo studio fornisce importanti dati aggiuntivi sull'utilizzo e sull'esperienza dei pazienti e del personale dei centri, con rilevanza per i decisori politici, i pianificatori dei servizi sanitari, gli amministratori e gli operatori.

Supporto

Questo studio è stato supportato da un contributo esterno per la ricerca collaborativa fornito da Indivior. Indivior ha contribuito alla progettazione dello studio e all'analisi dei dati; Indivior non ha avuto alcun ruolo nella raccolta, analisi e interpretazione dei dati; nella stesura del manoscritto; o nella decisione di presentare il manoscritto per la pubblicazione.

Bibliografia

Haight BR, Learned SM, Laffont CM, et al. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2019;393:778–90.

Lofwall MR, Walsh SL, Nunes EV, et al. Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine 2018;178:764–73.

1.9

L'IPNOSI NELL'ALCOLDIPENDENZA, LA SINDROME DI ZIEVE

Ferrigno Salvatore

Dirigente medico Psichiatra - SerT Montelepre(Pa)
Asp 6 Palermo - Italy

Sottotitolo: In questo caso clinico di un alcolista vengono affrontate situazioni cliniche peculiari. La situazione familiare, la sindrome di Zieve, la situazione cliniche associate come la cirrosi, la calcolosi della colecisti, la flogosi delle vie biliari. L'approfondimento diagnostico ha portato ad un esito favorevole.

"L'Io non è padrone in casa sua"
Sigmund Freud

Il dibattito sull'abuso di sostanze e sulle tecniche di intervento imperversa da decenni sul tavolo delle discipline umanistiche e cliniche, per certi versi mima la storia dell'ipnosi con le alterne vicende di esaltazione e di censura.

Spesso contraddittorie teorie scientifiche e contrapposte pratiche cliniche e sociali hanno forgiato quella che i sociologi chiamano "dissonanza cognitiva" con scotoma della questione.

La dipendenza da sostanze intesa come la perdita del controllo della volontà ma anche come la "follia volontaria" che produce nell'ordine sociale reati senza colpevoli traspare come un problema al di là dell'esaurimento, ma che anzi trova attraverso l'humus delle società a capitalismo avanzato e della globalizzazione, nei mass media e nelle tecniche di comunicazione di massa, forza e vigore.

Non esaminerò il profilo biologico come unica direzione di significato.

La società è reale come è reale un essere vivente; senza dubbio essa non può esistere al di fuori degli individui che ne costituiscono il sostrato; comunque essa è altro da questo.

Il tutto non è identico alla somma delle parti, sebbene senza queste ultime esso non sia nulla. Così riunendosi in una forma definitiva e attraverso legami durevoli, gli uomini formano un essere nuovo che ha una sua

natura e sue specifiche leggi. È l'essere sociale.

I fenomeni inerenti ad esso hanno senza dubbio le loro radici ultime nella coscienza dell'individuo. La vita collettiva non è però una semplice immagine ingrandita della vita individuale. Essa presenta caratteri sui generis che le sole induzioni della psicologia non permettono di prevedere (Durkheim 1996, 96).

I singoli non hanno senso da soli ma solo nel gioco relazionale che li pone e in cui sono posti.

La dimensione collettiva non è un aspetto a cui l'individuo può prendere parte o può sottrarsi ma è la forma che lo definisce, la regola del gioco fuori dalla quale non si dà senso, come le singole carte da gioco che in se non significano niente perché il loro valore dipende dalle regole del gioco a cui si gioca.

Il percorso tracciato dalle tecniche di comunicazione di massa ci consente di partecipare a tutte le modulazioni della vita con la velocità della pressione digitale. Questa in modo allucinatorio per brevi attimi ci fa sentire creatori in un mondo sottratto al suo limite e consegnato per intero alla sua positività per cui non c'è corpo che non sia affidato alla bellezza, la bellezza al contatto sociale, il contatto sociale alla comunicazione felicificante.

In trenta secondi è possibile comprare l'evasione in una agenzia di viaggi, il sesso in una profumeria, la linea in un negozio di alimenti dietetici, la salute in una sorgente imbottigliata in quel corto circuito tra il desiderio e la sua soddisfazione in cui gli uomini hanno sempre pensato si nascondesse la felicità.

Mc Luhan nel suo "Gli strumenti del comunicare" rincara la dose parlando della solitudine del consumo di massa descrivendo ciascuno non con l'altro ma accanto all'altro in una fuga solitaria che non condivide con nessuno o al massimo con milioni di solitari del consumo di massa che contemporaneamente a lui ma non insieme a lui guardano lo schermo.

Il prodotto finale è un numero infinito di eremiti di massa che comunica le vedute del mondo quale appare dal loro eremo in cui ciascuno si ritira non per rinunciare al mondo ma per non perdere neppure un frammento del mondo in immagine.(U. Galimberti)

"È soltanto attraverso la vista, infatti, che l'Io può ergersi dinanzi a se, come una bella totalità chiusa in se stessa. L'erezione dell'Io è sempre l'erezione di una statua che io vedo; laggiù trionfale, incrollabile, immobile per l'eternità".

Ciò avviene solo a patto di ex-porsi, ex-sistere, oggettivandosi nell'immagine speculare e quindi far ritorno a se così da conoscersi".

J.Lacan. Il maestro assoluto.

“Ciò che è precluso al simbolico ritorna nel reale”

Jacques Lacan

Siamo noi a vedere dentro il mondo le nostre leggi e viceversa non possiamo concepire queste leggi se non come la conseguenza di questo mondo su di noi. Il punto di partenza è l'illusione dello specchio con tutte le patologie associate, noi siamo quindi immagini viventi riflesse nello specchio.

F. Nietzsche. Frammenti postumi

Allora il consumo di sostanze o meglio il consumo è l'atto stesso e la direzione del flusso che pone il corpo come punto di vista sul mondo e i sensi la possibilità di abitarlo dove il “senso” non è più il significato di ciò che accade ma la possibilità della significazione come tale ossia la possibilità di porre uomini e cose in relazione ad un orizzonte di significato a cui fare riferimento per la comprensione di se e del mondo.

L'opposizione è inagibile affinché si debba fare tutto ciò che si può fare e nell'alienazione da se l'angoscia sparisce ma incomincia la tragedia dello straniero che con la sua estraneità dimentica anche la sua identità. L'alienazione intesa come altro da se non è sconosciuta al genere umano, le tracce affondano in epoche lontane, dai riti orfici, allo sciamanesimo, sino alla new age è un continuum, l'alienazione alle porte della civiltà del consumo si è snaturata delle valenze ascetiche per adattarsi al consumo assumendo i connotati dell'isteria collettiva pigra, deresponsabilizzante, un momento oscuro e dionisiaco, una fascinazione incantata, l'afasia dell'anima, un rapimento estatico dove il soggetto scompare dove viene meno la volontà e il sentire, ma perfettamente adatta ai nostri tempi.

La regressione dal linguaggio della parola a quello del corpo introduce all'abisso. L'abisso(ab-grund) non si limita a rivelare ma induce al sospetto che la parola espressa non sia altro se non il cadavere della parola psichica per cui bisogna ritornare a quella “parola” che è prima della parola attraverso la metafora meta-phe-rein parola che porta fuori il nascosto.

Con la relazione ipnotica vi è una dedizione amorosa che prescinde dal soddisfacimento sessuale e per questo trae maggior forza perché l'impulso è inibito alla meta.

L'ipnosi allora conduce la danza dei significati e la via da percorrere affinché ciò si compia.

La disseminazione utilizzata per questi approcci sono pane per i denti dell'inconscio.

“Il letteralismo, le allusioni, i giochi di parole disseminati lungo il discorso nella particolare condizioni della trance possono giocare un ruolo significativo nella facilitazione di una risposta comportamentale che sorpren-

de la coscienza”.

M.H.Erickson. Tecniche di suggestione ipnotica.

“Ci si immagini una pagina di un libro che sembri non contenere altro che una descrizione lunga, senza importanza, noiosa, appunto soporifera, su cui alcune parole siano sottolineate.

Se ora queste parole vengono lette nell'ordine in cui si presentano, danno un significato completamente diverso da quello della pagina in cui si trovano, la percezione dell'immagine nascosta, dovrebbe essere tipicamente una capacità dell'emisfero destro e dunque la tecnica di disseminazione una via di accesso a questo emisfero”

Paul Watzlawick. Il linguaggio del cambiamento.

Tale descrizione presenta una stretta analogia con le ricerche di de Saussure che analizzando la struttura della poesia greca e latina rinvenne le tracce di una attività segreta del poeta, alle quali diede il nome di anagrammi e dagli studi di Milton Erickson sull'insalata di parole degli schizofrenici che interpretò come una maschera sotto cui giacevano significati da cui sviluppo una tecnica chiamata “analogical marking” dove con uno stile comunicativo particolare dall'apparente incoerenza in cui nascondere i significati.

Descrizione del caso clinico: Mirko

Anamnesi:

primo ricovero novembre del 2019 presso Ospedali Riuniti “Villa Sofia-Cervello Palermo”.

in gastroenterologia diagnosi: epatite alcolica.

Quadro caratterizzato da ittero, dolorabilità quadranti di destra, lieve ascite, episodio di crisi comiziale con morsicatura della lingua. Quadro ematico di grave anemia Hb 7,7 g/dl.

Secondo episodio febbraio 2021 ricovero per episodio comiziale trattato al Ps di Partinico(PA).

Terzo episodio di ricovero presso il presidio Ospedaliero “S. Antonio Abbate” di Trapani ad aprile del 2021 quadro caratterizzato da dolore addominale in soggetto portatore di calcoli biliari, febbre, anemia Hb 9 g/dl.

*Vedi le relazioni di dimissione in allegato Fig. 1,2,3,4,5.

All'accettazione al Sert nel maggio del 2021 febbre, anemia, ittero, dolorabilità addominale, episodio comiziale.

Valutazione psichiatrica:

Anamnesi psichiatrica familiare: padre suicida

Caregiver: la compagna
diagnosi DSM IV

Asse I Disturbo correlato a uso di alcol-Disturbo ansioso-depressivo reattivo con brositimia.

Asse II non rilevato.

Asse III Calcolosi della colecisti, calcolosi renale, cirrosi epatica Child-Pugh: A, crisi comiziali, flogosi delle vie biliari.

Asse IV Spiccata conflittualità con il gruppo di supporto principale la madre e il fratello.

Asse V Comportamento influenzato dalla figura della madre verso cui ha sviluppato un sentimento di odio.

Diagnosi descrittiva: Quadro caratterizzato da dipendenza da alcol in soggetto nei confronti del quale viene posta in essere una condotta di sopraffazione sistematica in modo tale da rendere abitualmente dolorose e mortificanti le relazioni familiari.

Problematiche prevalenti: Abuso alcolico, conflittualità con la madre e il fratello, disturbo ansioso-depressivo reattivo.

Obiettivo della terapia: Controllo del craving, miglioramento del controllo degli impulsi, sviluppo di aspetti legati alla capacità di tollerare le frustrazioni e attivazione di risorse personali per aumentare l'autostima.

"Il super io è solubile in alcol".

"Mi hanno dato il suo numero, lei mi può aiutare" mi dice al telefono.

"Sono appena uscito dal terzo ricovero, mi hanno detto che ho la cirrosi, i calcoli alla colecisti e ai reni, in più ho le convulsioni, mia moglie si è rotta un dito l'ultima volta per non farmi soffocare.

Il chirurgo mi ha detto che non può operarmi perchè in atto ho l'empiema della cistifellea con aderenze mesenteriche che interessano alcune anse ed ho anche la febbre".

"Io non posso vedere il mio volto perchè lo sono".

"Finchè ho vita sarà il futuro a dirmi il senso del mio passato".

Al primo appuntamento Mirko mi dice:

"Ho iniziato a bere dopo la separazione dei miei, io sono andato a vivere con mio padre per aiutarlo perchè aveva la leucemia.

Si è suicidato dopo pochi mesi."

Mirko è un bell'uomo e la sua ragazza che lo accompagna è bella quanto lui se non di più.

Mirko confessa davanti la moglie di bere una bottiglia di vodka ogni giorno.

Mirko mi dice che la madre lo tormenta, recentemente ha scoperto che aveva stipulato in combutta con il fra-

tello una assicurazione sulla sua vita falsificando la firma, la moglie conferma che hanno scoperto per caso dall'assicuratore perchè risultava un premio assicurativo da pagare a suo nome.

La madre lo chiama traditore perchè è andato a vivere con il padre.

Mirko racconta e racconta, l'ascolto mi esaurisce.

"I simboli non significano sono forze che agiscono, comprendono tutti i significati"

C.G. Jung

Il quadro clinico è singolare per un alcolista, una anemia di tipo emolitico che mi fa sospettare per un approfondimento ematologico.

Accetta un primo intervento con campral compresse (acamprosato) farmaco che bypassa il metabolismo epatico.

Continuano le coliche addominali, spiccata anemia, disionia.

All'appuntamento successivo Mirko mi mostra gli accertamenti, un quadro insolito.

Prescrivo la gabapentina (gabaergico) e il campral, ambedue saltano il metabolismo epatico, la gabapentina lavora bene sulle quote d'ansia e mi copre il minus convulsivo al pari delle benzodiazepine che Mirko non può permettersi perchè facilmente farebbe un delirium farmacologico.

"Sindrome di Zieve" dico a Mirko.

"Bene, ora che abbiamo una diagnosi sarà tutto diverso", mi sorride compiaciuto.

"Adesso ci possiamo rilassare perchè con la diagnosi abbiamo la terapia e le paure non necessarie le possiamo abbandonare.

Vedo Mirko con regolarità tutte le settimane lo stesso giorno della settimana alla stessa ora, non beve da sei mesi, il quadro ematico si è normalizzato, la sintomatologia addominale e comiziale assente, partirà per lavoro con la compagna hanno trovato lavoro come animatori in un villaggio turistico.

Bibliografia

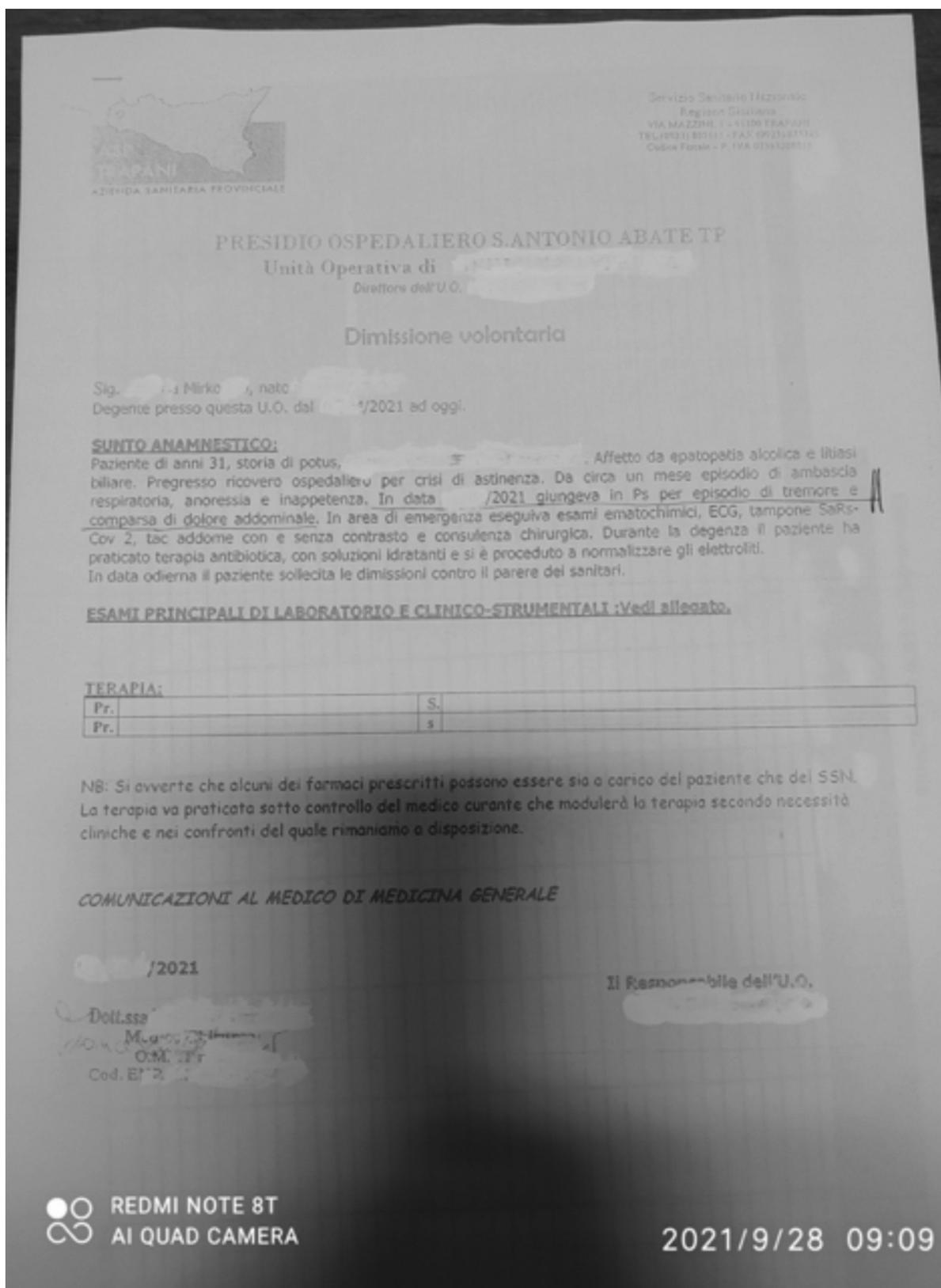
Bandler R., Grinder J. *Ipnosi e trasformazione Ed. Astrolabio*

Cacciari Cristina, *Teoria della metafora. L'acquisizione, la comprensione e l'uso del linguaggio figurato, R. Cortina, 1991*

Cacciari Cristina, *Psicologia e metafora, dalla retorica in Aristotele al cognitivismo contemporaneo, Milano,*

Bompiani, 2005 a cura di Anna Maria Lorusso cattedra di teoria dei linguaggi presso Università di Bologna
 Durkheim Emile Le Regole del Metodo Sociologico, 1895
 Erickson Milton H. curato da Sidney Rosen La mia voce ti accompagnerà Ed. Astrolabio

Jung C.G. Simboli della trasformazione, 1912
 Heidegger M. Essere e tempo 1927
 Lacan J. Il maestro assoluto, Einaudi 1999
 Watzlawick Paul Il linguaggio del cambiamento Ed. Feltrinelli



Regione Sicilia
 ASL PALERMO
 P.O. CIVICO DI PARTINICO

relativa a: MIRKO
 N. accesso:
RELAZIONE SANITARIA DI
 Data ora accettazione: 2021/09/28 22:57
 Data ora dimissione: 2021/09/28 13:48

relativa a: MIRKO
 Sesso: M
 Stato a: Provincia: PA
 Cittadinanza: ITALIA Cod. fiscale:
 Indirizzo: Comune:
 Domicilio: Comune:
 Telefono: Cellulare:
 Provincia: PA
 Tess. san.:
 Provincia: PA
 Provincia: PA

Accesso in P.S.
 Causale:
 Anamnestica:
 Fonte di invio: INTERVENTO C.O. 118
 Mezzo di trasporto:
 Trattamento: PRONTO SOCCORSO
 Codice priorità entrata:
 Codice gravità uscita:
 Diagnosi: RIFERISCE VEROSIMILE CRISI EPILETTICA IN ATTO VIGILE E ORIENTATO

ALLERGIE
 AUGMENTIN ESEGUE TEST RAPIDO PER COVID CON ESITO NEGATIVO

PARAMETRI VITALI

DATA	PA	FC	GLICEMIA	FR	SpO2	TEMP	ECG	Riv. Tria.	NRS	Cod.Op.
2021/09/28 23:00:24	115/70	70			99.0%		N	V		GIACONE

NAMNESI
 2021/09/28 23.05.19 Dott.
EPISODIO DI EPILESSIA AL SUO DOMICILIO ALLE ORE 22.30
IN ATTO ASINTOMATICO
 2021/09/28 00.46.39
 ALCOLOS DELLA COLE
 UTUS
 2021/09/28 00.49.56 Dott.
 I SOMMINISTRA ROCEFIM UN GR E ANTRA 40 UNA FL EV
 2021/09/28 12.23.33
 f. omeprazolo 20 mg, deursil 300 mg c, lasix 25, tavor 1 mg, laevolac sciroppo, normix 2 cpr x 3v, folina 5 mg, benexol
 allergia ad augmentin.
 2021/09/28 15.30.25
 si valutano gli accertamenti finora effettuati
 2021/09/28 15.31.43
 in atto paziente vigile e cosciente, E.O neurologico: non deficit neurologici, E.O torace: murmure vescolofare, E.O addome:
 indolente su tutti i quadranti non dolente
 2021/09/28 15.31.52
 si richiede tac encefalo



REGIONE SICILIA
A.S.P. PALERMO - DIPARTIMENTO di DIAGNOSTICA di LABORATORIO
 U.O.C. PATOLOGIA CLINICA P.O. "Chiove" PARTINICO
 Tel. 091/8911542 - Fax 091/8911316 - E-mail: patclin.palermo@asppalermo.org
 Direttore: Dott. Pietro Greco



Regione Siciliana

Richiesta: _____
 dello accettazione: _____
 medico richiedente: _____
 cognomi: _____
 data accettazione Laboratorio: _____ /2021 alle ore 07:24
 data refertazione Laboratorio: _____ /2021 alle ore 07:54

Cognome / Nome
MIRKO
 Sesso: M Data Nascita: _____
 Codice Fiscale: _____
 Id. Paziente: _____
 N. Richiesta: _____
 Richiedente: P-PRONTO SOCCORSO

nome Risultato U.M. Valori di Riferimento Metodici

Analisi di Laboratorio

EMOCROMO COMPLETO

ERITROCITI-RBC	3.86L	10 ⁶ /µL	4.40 - 6.20 *	
EMOGLOBINA - Hb	9.0L	g/dL	14.0 - 18.0 *	
EMATOCRITO - Hct	29.1L	%	41.0 - 53.0 *	
Volume globulare medio -MCV	75.4L	fL	83.0 - 97.0	
Contenuto medio di Hb - MCH	23.3L	pg/mL	27.0 - 33.0	
Concentrazione Hb media - MCHC	30.9L	g/dL	32.0 - 36.0	
Ampiezza distribuzione gl. rossi - RDW (%)	18.6H	%	10.9 - 15.6	
Ampiezza distribuzione gl. rossi - RDW (#)	47.3	fL	37.0 - 54.0	
LEUCOCITI-WBC	19.92H	10 ³ /µL	4.00 - 10.00	
Granulociti neutrofili (%)	72.4H	%	40.0 - 64.0	
Linfociti (%)	13.8L	%	22.0 - 44.0	
Monociti (%)	11.80H	%	4.00 - 11.00	
Granulociti eosinofili (%)	1.30	%	0.00 - 7.00	
Granulociti basofili (%)	0.70	%	0.00 - 1.60	
Granulociti neutrofili (#)	14.41H	10 ³ /µL	1.80 - 7.00	
Linfociti (#)	2.75	10 ³ /µL	1.00 - 4.70	
Monociti (#)	2.36H	10 ³ /µL	0.20 - 0.80	
Granulociti eosinofili (#)	0.26	10 ³ /µL	0.00 - 0.80	
Granulociti basofili (#)	0.14	10 ³ /µL	0.00 - 0.20	
PIASTRINE - Plt	143	10 ³ /µL	130 - 400	
Volume piastrinico medio - MPV	10.2	fL	9.5 - 12.0	
PCT	0.15L	%	0.20 - 0.40	
PDW	11	fL	10 - 17	
P-LCR (percentuale di grandi piastrine)	26.7	%	20.0 - 45.0	
NRBC (%)	0.0	%		
NRBC VALORE ASSOLUTO	0.0	/100(WBC)		
JCSIO	90	mg/dL	65 - 100	Esodiosati
EA	17L	mg/dL	19 - 44	Ureasi
EATININA	0.64	mg/dL	< 1.30	Enzimatico
IRUBINA TOTALE REFLEX	3.50H	mg/dL	0.20 - 1.20	Sale di diazonio
IRUBINA TOTALE E FRAZIONATA				
BILIRUBINA DIRETTA	0.70H	mg/dL	0.01 - 0.50	Diazoreazione
BILIRUBINA INDIRETTA	0.80	mg/dL	0.20 - 0.80	
PT	10.4	sec	10 - 15.0	Pate-

REDMI NOTE 8T
 AI QUAD CAMERA

2021/9/28 09:09

Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera
S.PEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO
 UOC
 Preadio V. Cervello via Trabucco n. 16a - Tel. 091/6802732

ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE

Num:
 Fegato a margini regolari ad ecostruttura finemente disomogenea con attenuazione degli echi in profondità e presenza in sede peripetale di una skip area di 1,8 cm. Coledochi distesi 11 x 5 cm a pareti ispessite con evidente sludge e microcalcoli al suo interno. Vie biliari intraepatiche nella norma. VBP nella norma. Nel valutabile la regione pancreatica per interposto meteorismo intestinale. Vena porta di calibro aumentato mm 13,5 mm. Reni normali per sede, forma, ecostruttura, dimensioni e differenziazione cortico-midollare. Milza di normale volume ed ecostruttura, DL 11,7 cm. Presenza di ascite in sede peripetale e tra le anse intestinali per cui si procede a prelievo di liquido ascitico. **CONCLUSIONI** Situato epatica di grado moderato-severo con skip area. Sludge e calcoli della coledochi. Ascite. Non chiari segni ecografici di ipertensione portale (vena porta autoadattata da ipertensione?)

Stato alla dimissione

Non disturbi di rilievo, sensorio lucido, non flapping, non ascite clinicamente apprezzabile, nulla di significativo alla auscultazione di cuore e torace, lievi edemi degli arti inferiori, FC 80 b/min, PAO 120/80 mmHg, SO2 95% in AA, Maddrey score 23, MELD 16.

Ultimi dati di laboratorio disponibili (2 dic 2019)

RBC: 2.300 *1000/mm³; Hb: 8,70 g/100 ml; Ematocrito: 28,0 %; MCV: 119,0 µl; WBC: 25.000 mm³; Ne perc: 80,0 %; Linfociti: 11,0 %; Monociti: 7,0 %; Eosinofili: 2,0 %; Piastrine: 484.000 mm³; Glicemia: 67 mg/100 ml; Azotemia: 23 mg/100 ml; Creatinemia: 0,7 mg/100 ml; Na: 137; K: 3,7; Cl: 108; AST: 69 U/L; ALT: 31 U/L; Phosph alc: 145 U/L; Gamma GT: 445 U/L; Bilirubina totale: 4,7 mg/100 ml; Bilirubina diretta: 3,7 mg/100 ml; Attività protrombinica: 62 %; INR: 1,4; PTT: 29; Fibrinogeno: 232 mg/100 ml.

Conclusioni

I dati ottenuti durante la degenza sono indicativi di epatite alcolica acuta su epatopatia cronica alcolica. Il programma prevede la continuazione dello sterioide per os allo stesso dosaggio sino al completamento di 28 giorni di terapia, con successiva riduzione del dosaggio di 8 mg ogni 4 giorni, sino al raggiungimento di 8 mg/die e, quindi, di 4 mg ogni tre giorni sino all'interruzione. Lo status di fibrosi della malattia di base verrà rivalutata successivamente.

Si raccomanda di evitare le bevande alcoliche in qualsiasi quantità e di evitare farmaci antinfiammatori di qualsiasi tipo (IUC, Moment, Voltaren etc.). Tornare per controllo clinico e di laboratorio venerdì 6 dicembre alle ore 8.30.

Prescrizioni

- Medrol 16 mg 1 cp al mattino 1 cp nel pomeriggio
- Omeprazolo 20 mg 1 cps
- Deursil 300 1 cps a pranzo 2 cps a cena
- Luvion 100 mg 1 cp
- Tavor 1 mg 1 cp tre volte al giorno
- Laevolac 2 cucchiari 2 volte al giorno
- Normix 2 cp tre volte al giorno
- Folina 5 mg 1 cps
- Genexol B12 1 cp

Numero iscrizione all'Ordine dei Medici: _____

Addendum del 2019

Riferisce di stare meglio, ridotta l'astenia. Sensorio lucido. Addome trattabile, ascite clinicamente non rilevabile (minima fra le anse all'ecografia). Lievi edemi degli arti inferiori.

Esami di laboratorio: RBC: 2.900 *1000/mm³; Hb: 11,2 g/100 ml; Ematocrito: 33,0 %; MCV: 114,0 µl; WBC: 36.000 mm³; Ne perc: 86,0 %; Linfociti: 8,0 %; Monociti: 5,0 %; Eosinofili: 2,0 %; Piastrine: 551.000 mm³; Glicemia: 78 mg/100 ml; Azotemia: 26 mg/100 ml; Creatinemia: 0,7 mg/100 ml; Na: 140; K: 4,5; AST: 74 U/L; ALT: 45 U/L; Phosph alc: 144 U/L; Gamma GT: 446 U/L; Bilirubina totale: 4 mg/100 ml; Bilirubina diretta: 3,3 mg/100 ml; Attività protrombinica: 68 %; INR: 1,28; Albuminemia: 3,6 gr%.

Tornare lunedì _____ per controllo clinico ed esami di laboratorio.

Numero iscrizione all'Ordine dei Medici: _____

Addendum del 2019

Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera
OSPEDALI RIUNITI VITTORIA A SOFIA - CERVELLO
UOC
Presidio V. Cervello - Via Trabucco n. 180 - Tel. 091/6802732

Sig. Mirko

Data di nascita: _____, età: _____ M, città di nascita: Palermo, codice fiscale: _____
Ricovertato dal: _____ 2019 (reparto: Gastroenterologia) - Cartella N°: _____ tel. _____
Città di residenza: _____
Stato civile: Non dichiarato

Diagnosi alla dimissione

Epatite alcolica

Anamnesi

Etilismo dall'età di 15 aa. Fumatore cronico. Da Settembre u.s. riferisce astenia generale, incremento ponderale, aumento emorragicità dell'artrosi, apatia e astenia inaggravanti. () ed esami di laboratorio. A Ottobre eseguito primo controllo ematocritico: Hb 12,3 g/dl; Hct 38,5%; PLT 285000/uL, WBC 18160/uL; N 71%, L 17%, M 8,5%; albumina 4,9 g/dl; AST/ALT 198/61 U/L; ferritina 652 ng/ml. A seguito di riscontro di ittero eseguita ecografia addome (4/11): meteorismo colico, steatosi epatica moderata/severa, V. porta diam 12,9 mm pervia e con variazioni respiratorie mantenute; colecisti ripiegata con microcalcoli, VvBB nei limiti; milza nei limiti, pancreas non valutabile; ripeteva esami di laboratorio (18/11): AST/ALT 259/47 U/L; bilirubina T/D: 6,32/2,34 mg/dl. Nega assunzione di altre sostanze oltre l'alcol, nega assunzione di FANS o altri farmaci se non quelli sopra-indicati. Accedeva dunque in PS dove venivano eseguiti:
- esami di laboratorio (18/11): Hb 8,1 g/dl; MCV 115 fl; PLT 259000/uL, WBC 26300/uL; N 77%, L 15%, M 5,7%; AST/ALT 260/41 U/L; bilirubina T/D: 9,3/6,4 mg/dl; INR 1,6.
- TC addome senza mdc (18/11): steatosi severa; microcalcoli della colecisti; VvBB di calibro normale; non lesioni pancreatiche, ascite tra le anse; non aria libera né sovradistensione intestinale.
- consulenza neurologica (19/11): utile consulenza Gastroenterologica.
- esami di laboratorio (20/11): Hb 7,7 g/dl; MCV 116 fl; PLT 282000/uL, WBC 22100/uL; N 81%, L 9,1%, M 7,3%; PCR 2,56 mg/dl; AST/ALT 198/29 U/L; bilirubina T/D: 14,4/10,4 mg/dl; Na/K 132/2,6 mEq/l.
Da segnalare (come evinto verbale di PS) crisi comiziale (con morso della lingua) in data _____ / _____ / _____ risolta con Diazepam ev.
Sono stati somministrati soluzioni glucosate con potassio, Augmentin ev, quest'ultimo poi sostituito con Rofecin 2 g e.v. Da segnalare riscontro di sangue nelle feci (a fine evacuazione) da circa 2 settimane. Non ha mai interrotto potus, neanche dopo accesso al Sert.

Presentazione clinica

Non disturbi di rilievo. Paziente itterico, lucido e orientato, flapping +. Addome disteso, lieve dolorabilità nei quadranti di destra, minima ascite; peristalsi presente. Torace normoventilato e normotrasnesso. Edemi edemi perimalleolari. All'ingresso MADDREY score: 48. PAO 110/65 mmHg, SpO2 94%, FC 95 b/min.

Principali dati di laboratorio all'ingresso (20 nov 2019)

HbC: 2.300 *1000/mm³; Hb: 9,10 g/100 ml; Ematocrito: 27,0%; MCV: 119,0 μ³; WBC: 24.500 mm³; Ne perc: 78,0%; Linfociti: 13,0%; Monociti: 8,0%; Eosinofili: 1,0%; Piastrine: 298.000 mm³; Glicemia: 71 mg/100 ml; Azotemia: 6 mg/100 ml; Creatinemia: 0,8 mg/100 ml; Na: 135; K: 2,6; Cl: 86; Ca: 7,4 mg/100 ml; AST: 226 U/L; ALT: 35 U/L; Phosph alc: 391 U/L; Gamma GT: 1.741 U/L; Bilirubina totale: 18,4 mg/100 ml; Bilirubina diretta: 13,2 mg/100 ml; Attività protrombinica: 39%; INR: 1,9; PTT: 42; Proteine totali: 6,6 g/100 ml; Amilasi: 144 U/L; Lipasi: 64,0; LDH: 608 U/L; Linfociti: 3.185; EO: 245; Pches: 4.451; Numero Dibucaina: 79; Vt b12: 1.006,0; Folic acid: 2,0; HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, IgM anti-HAV, anti-HIV1 e 2, anti-HCV negativi.

Sintesi del decorso clinico

E' stato iniziato trattamento con metilprednisolone 30 mg e.v., lorazepam e lattulosio. E' stata iniziata idratazione e.v. con supplemento di cloruro di potassio; sono stati somministrati tiamina, folati e vitamina K. Si è così osservato il progressivo miglioramento delle condizioni cliniche e degli score di severità di malattia. Una ecografia addominale ha evidenziato steatosi epatica di grado moderato-severo, colecisti a pareti ispessite con sludge e microcalcoli al suo interno, vie biliari nella norma, modesta ascite tra le anse ed in sede periepatica (contacellule ascite 160/mm³), v. porta 13,5 mm, milza di volume normale (DL 11,2 cm). Per l'evidenza di sludge e microcalcoli in colecisti è stato iniziato trattamento con acido ursodesossicolico. Un fibroscan ha evidenziato una stiffness epatica di 74,8 KPa (IQR 6,7 KPa), CAP 282. Una TC encefalo di controllo non ha evidenziato lesioni emorragiche o ischemiche intra ed extra-assiali recenti.

Principali indagini svolte

Giovedì _____ 2019

Rx Torace 2pr

Non evidenza di focolai di addensamento parenchimale polmonare; trama accentuata in regione ilo-perilare e alle basi (con qualche sottile stria densa). Diaframma in sede alta, di normale morfologia. PCV nei limiti di norma.



REDMI NOTE 8T
AI QUAD CAMERA

2021/9/28 09:09

1.10

NUOVE POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE NELLA TERAPIA DEI DISORDINI DA OPIOIDI

Filippini M.*[1], Franzini C.[2]

[1]Oncare Srl - Milano - Italy,

[2]Xagena Srl - Milano - Italy

Sottotitolo: Risultati di un'indagine WEB Based

Nuove possibilità terapeutiche nella terapia dei disturbi da oppioidi. Risultati di un'indagine WEB

Il trattamento con agonisti oppioidi (OAT) si è dimostrato efficace nel curare i disturbi da uso di oppioidi (OUD), e il metadone resta il farmaco più largamente utilizzato per questo scopo a livello mondiale. La disponibilità in molti paesi Europei della formulazione in compresse ha migliorato l'armamentario terapeutico a favore dei clinici e gli outcome dei pazienti. La corretta valutazione dei pazienti, dei regimi di trattamento e della forma farmaceutica più adatta resta il miglior modo per iniziare una terapia massimizzando i risultati, contenendone le criticità come il misuse e la diversione. Le formulazioni liquide di metadone e levometadone sono le più usate in Europa (Dematteis et al., 2017) per il trattamento dei disturbi da uso di oppioidi ma in tempi recenti sono state affiancate da formulazioni in compresse che hanno progressivamente sostituito gli sciroppi. In particolare, in Francia, Germania, Spagna, Olanda e Inghilterra vengono comunemente utilizzate compresse nei dosaggi da 1 a 40 mg per migliorare l'ac-

ceffabilità (le compresse sono meno stigmatizzanti e più user-friendly) da parte dei pazienti. Inoltre, le formulazioni solide facilitano la gestione del magazzino nelle farmacie e favoriscono la dispensazione e la preparazione nei SERT limitando anche alcuni effetti collaterali, quali nausea e vomito, delle formulazioni liquide (Mysels D.J et al., J of Opioid Management 7(1) 47-53).

Per verificare se anche in Italia le formulazioni in compresse di Metadone e Levometadone potessero avere un certo appeal, nell'autunno scorso, un editore indipendente (www.xagena.it) operante nell'ambito della divulgazione scientifica, ha elaborato insieme a degli opinion makers operanti nei servizi, una survey sulla dipendenza da oppiacei che ha divulgato via internet in due riprese. Il target era rappresentato da oltre 1200 soggetti operanti nei servizi ed estrapolati dai dati pubblici presenti sui siti istituzionali di Società Scientifiche e in altre sedi riferibili all'ambito terapeutico.

Le risposte pervenute e processate hanno permesso l'elaborazione dei risultati rappresentati. Hanno risposto ai vari quesiti 103 persone, corrispondenti ad una redemption del 8% così suddivise: 90,2% di medici, 3,7% di infermieri e 6,1% di psicologi/ educatori sanitari.

Il campione di risposte ha prevalentemente coinvolto medici di età superiore ai 41 anni e con una dichiarata esperienza. Si veda in figura 1 la stratificazione per fascia d'età.

Tutti considerano metadone e levometadone farmaci di importanza fondamentale per la terapia delle dipendenze dichiarandosi nel 67% assolutamente d'accordo e al 33% d'accordo con l'uso di tali prodotti.

Analoghe percentuali (45% completamente d'accordo e 52% d'accordo) di massima e accordo generalizzato sul fatto che una miglior aderenza terapeutica del paziente debba influenzare la prescrizione e le scelte poste in essere al momento della stessa.

Alla proposta di una formulazione in compresse il target

Figura 1

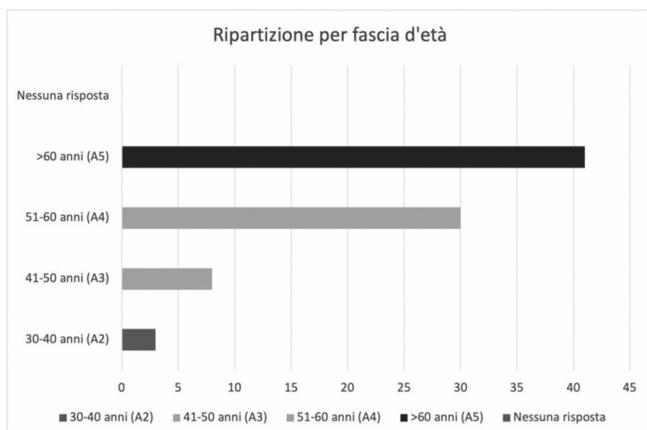


Figura 2

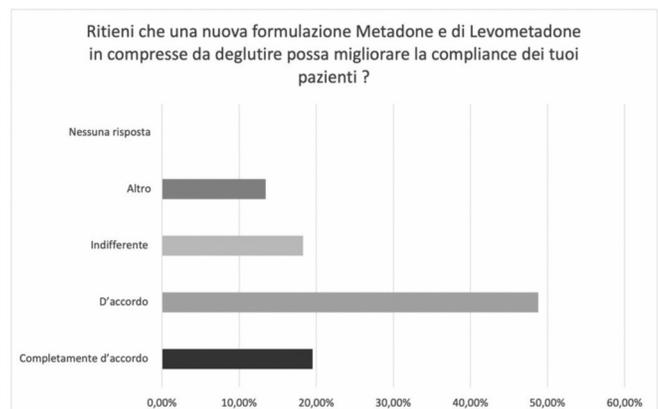
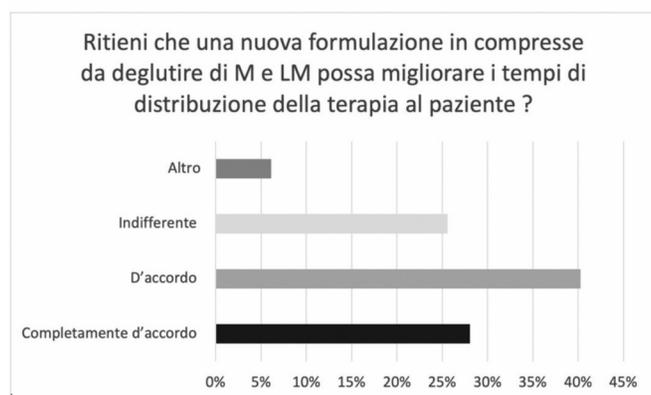


Figura 3



è invece più eterogeneo e si divide in 19,5% di medici completamente d'accordo sul fatto che le compresse migliorerebbero la compliance dei propri pazienti mentre il 49% risulta d'accordo. Per il 18% degli intervistati risulta invece indifferente il poter disporre di questa nuova proposta terapeutica mentre il 13% segnala una possibile resistenza per differenti ragioni. (Fig.2).

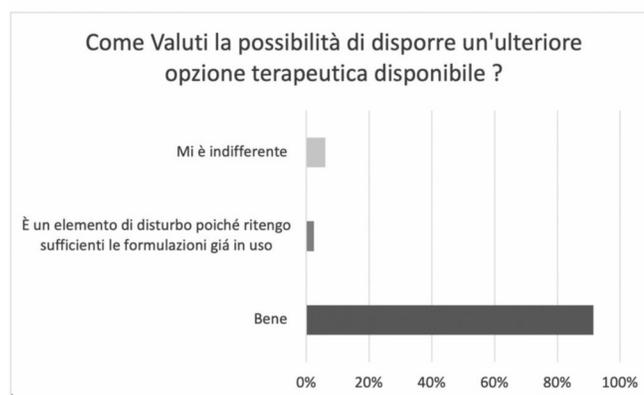
Tra queste possiamo evidenziare il possibile rischio di misuse per le compresse, la mancanza di garanzia d'assunzione, il fatto che la forma farmaceutica non incida sulla compliance del paziente.

Andrebbe a questo punto segnalato che nel 2015, il trial Oppidum ha riportato che il 7% dei soggetti aveva reperito illegalmente il metadone solido mentre il 9% il metadone in sciroppo. Inoltre, il gruppo in terapia con le capsule aveva un lavoro più stabile, meno precarietà e maggior stabilizzazione di domicilio, e meno misuse intranasale e venoso (Frauger et al., 2017).

Considerando inoltre che la formulazione orale è in commercio in Germania da Oltre 20 anni non si sono trovati case reports o case series concernenti un allarmante misuse o diversione di questa formulazione.

Quasi tutti gli intervistati sono d'accordo sul che la disponibilità di una soluzione terapeutica già pronta all'uso possa migliorare i tempi di distribuzione della terapia al paziente e, di riflesso, limitare i possibili errori nella costituzione ad hoc della singola terapia con il liquido. Tra il 6% che si mostra indifferente alla proposta terapeutica emergono i seguenti dubbi, esplicitati all'interno dell'intervista: indebolimento della relazione terapeutica tra infermiere e paziente, necessità di frazionamento per mancanza di dosaggi intermedi appropriati, priorità all'aderenza alla terapia (Fig. 3) rispetto ai tempi di preparazione della stessa. In ultimo, alla domanda " Perché sceglieresti, la formulazione in compresse da deglutire di metadone e Levometadone al posto dell'attuale soluzione" il Target risponde in questo modo: Perché è più pratica da somministrare 48%, perché riduce i tempi (e i costi) della struttura 37%, Perché riduce il misuse 43%, Perché è meno "stigmatiz-

Figura 4



zante del classico sciroppo 43%, oppure non ci sono ragioni particolari 12%. Trattandosi di risposte multiple appare chiaro che ci sia più di una ragione per preferire le compresse nel target di medici che hanno collaborato alla ricerca.

Da ultimo (Fig. 4) l'opportunità di avere una nuova opportunità terapeutica è giudicata molto favorevolmente dalla larga maggioranza dei partecipanti.

Conclusioni: in conclusione, l'introduzione nel mercato italiano di una possibile alternativa in compresse al metadone e al levometadone sciroppo viene percepita come un'ottima possibilità per migliorare il rapporto terapeutico tra il centro e il paziente. Altresì vengono valutati in maniera positiva gli aspetti relativi ai tempi di preparazione, di somministrazione e di riduzione dei possibili errori umani della formulazione in compresse. Per contro e in qualche limitato caso, si segnala un possibile deterioramento della relazione terapeutica tra infermiere e paziente.

I dati raccolti sono naturalmente frutto di un'analisi statistica puntuale e precisa che tuttavia mostra, nel numero delle risposte catalogate e nella necessità di articolare meglio il messaggio, aree di miglioramento per la produzione più mirata di un'indagine ad hoc. Non sono stati indagati gli aspetti "green" quali lo stoccaggio e lo smaltimento del vetro in cui sono contenute le preparazioni liquide, il flusso di acquisto, preparazione e smaltimento delle bottigliette di plastica rilasciate al paziente, gli aspetti farmaco-economici e di costo degli strumenti idonei alla preparazione degli stessi che potrebbero rappresentare degli spunti per una prossima ricerca scientifica mirata.

I dati, frutto della ricerca sopradescritta sono a disposizione degli interessati scrivendo a info@oncare.it o a marketing@xagena.it

Bibliografia

Dati, statistiche ed eventuali elaborazioni grafiche a disposizione

1.11

LA PSICOEDUCAZIONE IN CARCERE E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Grioni A.*[1], Manigrasso T.[1], Ronchi I.[1], Bassini C.[1], Poli R.[1]

[1] Italy

Sottotitolo: Un breve percorso finalizzato ad aumentare la consapevolezza del problema e alla ricerca di nuove strategie di gestione

Introduzione

Il Gioco d'Azzardo all'interno degli istituti penitenziari è una problematica presente e conosciuta da parte degli operatori del settore, ma non ancora ben dimensionata.

La percezione comune all'interno di questi ambienti è che le abitudini relative al gioco patologico possano non solo persistere, ma persino crescere durante la detenzione. Negli istituti di pena il gioco sembra essere tollerato in quanto rappresenta un modo per tenere i detenuti occupati. La posta in gioco spesso non è rappresentata dal denaro (che i detenuti non hanno a disposizione) bensì da provviste, sigarette, alcol, psicofarmaci, favori sessuali o qualsiasi altra cosa che abbia un certo valore all'interno dell'ambiente carcerario (Guerreschi, 2000).

Una ricerca eseguita nelle carceri milanesi ha evidenziato come a volte la posta in gioco possa essere anche denaro, in questo caso si suppone che i debiti di gioco vengano saldati a fine pena oppure attraverso il coinvolgimento dei familiari o attraverso l'acquisto per il creditore dei prodotti a loro accessibili di uso quotidiano (Zerbetto, Foglia, 2012).

Materiali e metodi

Uno degli interventi più efficaci nell'ambito dei percorsi di trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è la psicoeducazione.

La psicoeducazione è una tecnica ormai collaudata che si utilizza nel campo dell'educazione degli adulti. Permette di spiegare alcuni problemi del comportamento umano attraverso metodi semplici ed intuitivi, standardizzabili in quanto costruiti su conoscenze già note e facili da insegnare oltre a modalità di presentazione

e materiale costruiti ad hoc e "personalizzati" in base al pubblico a cui sono rivolti (Carlevaro T., 2004).

Gli obiettivi frequenti della psicoeducazione sono:

- Informare sulla malattia o sul disturbo
- Insegnare:
 - le abilità alla base di una comunicazione efficace (esprimere richieste in maniera positiva, esprimere sentimenti piacevoli e spiacevoli, ascolto attivo, assertività),
 - il problem solving ossia le strategie utilizzabili a risolvere i problemi;
 - la capacità di gestire le emozioni (coping).

La psicoeducazione rappresenta quindi uno strumento utile per incentivare la riflessione su di sé e nei casi più favorevoli, stimolare nell'intraprendere successive strategie di trattamento, sia esso di tipo farmacologico, psicoterapico o psicosociale. Può svolgere inoltre una importante funzione di comprensione delle ricadute.

Il progetto di un percorso di psicoeducazione nel carcere di Cremona è nato come proposta sperimentale da parte del servizio per le dipendenze dell'ASST di Cremona, nell'ambito del piano GAP.

Prima del 2019 sono stati realizzati due interventi di sensibilizzazione su tali tematiche, rispettivamente:

- Nel 2017 rivolto a tutti gli agenti di polizia penitenziaria con un ciclo formativo su due turni tenuti dalla psicologa e assistente sociale con l'obiettivo di informare e sensibilizzare in merito al DGAP.
- Nel 2018 rivolto ai detenuti oltre agli agenti ed agli educatori professionali della Casa Circondariale, sempre con l'obiettivo di informare e sensibilizzare (25 partecipanti di cui 22 detenuti).

Nel 2019 il macro obiettivo è stato quello di sensibilizzare la popolazione della Casa Circondariale rispetto al gioco d'azzardo patologico, con particolare riferimento a:

1. aumento della consapevolezza con il gioco d'azzardo.
2. riconoscimento delle distorsioni cognitive.
3. conoscenza dei servizi sul territorio per intraprendere un percorso di recupero al termine della detenzione.

A tal fine sono state realizzate due azioni:

1. Un incontro plenario a cui sono stati invitati i detenuti interessati al problema e gli operatori del carcere (educatori e polizia penitenziaria). L'obiettivo dell'incontro è stato principalmente quello di fornire nozioni utili ad identificare precocemente gli indicatori di rischio del Gap partendo dallo stesso questionario autocompilato somministrato nel 2018 con la finalità di aumentare la consapevolezza del rapporto che ognuno dei presenti ha con il GAP e con le distorsioni cognitive.

Hanno partecipato alla realizzazione dell'incontro le psicologhe del piano GAP, oltre ad un esperto anima-

tore scientifico che ha illustrato i meccanismi matematici e il calcolo delle probabilità sottostanti il gioco d'azzardo.

2. Cinque incontri di psicoeducazione con un piccolo gruppo di detenuti (sei persone con rilevata problematica di Disturbo da Gioco D'azzardo individuate dai colleghi del SerD presenti nella Casa Circondariale, dal personale educativo e dal personale di sorveglianza, oltre all'adesione spontanea dei diretti interessati).

Gli incontri, della durata di due ore ciascuno, avevano contenuto differente, nello specifico:

1. GIOCO, GIOCO D'AZZARDO E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

2. TOP TEN E PROBABILITÀ DI VINCITA

3. DISTORSIONI COGNITIVE E CAMPANELLI DI ALLARME

4. SCHEMI MENTALI E RESISTENZE AL CAMBIAMENTO

5. CRAVING, REALTÀ TERRITORIALI, GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO A CUI RIVOLGERSI PER UN PERCORSO DI RECUPERO

Lo stile è stato interattivo e puntato al coinvolgimento dei partecipanti nell'autoriflessione. Ai partecipanti è stata offerta la possibilità di proseguire il percorso introspettivo consegnandogli una copia personale di quanto appreso durante il percorso.

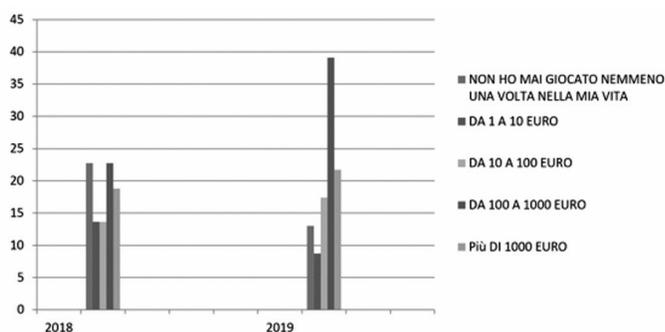
Risultati

Nell'ambito degli incontri di sensibilizzazione nella plenaria, come rappresentato nel paragrafo precedente sono stati rilevati alcuni dati dei detenuti coinvolti in relazione a:

- abitudini di gioco d'azzardo compresa la quantità di denaro giocato
- la tipologia dei giochi d'azzardo più utilizzati
- i pensieri in relazione al gioco d'azzardo per valutare la presenza di distorsioni cognitive caratteristiche del disturbo

I dati sono stati raccolti somministrando un questionario che è stato tratto dal "Gambling related cognitions scale (GRCS), con semplificazione resa necessaria

Grafico 1 - *Il rapporto con il gioco d'azzardo: rilevazione delle abitudini di gioco dei detenuti*



dal contesto di somministrazione.

Nei grafici 1,2 e 3 sono rappresentate le principali evidenze in base alle rilevazioni effettuate.

Discussione

In relazione ai dati emersi dai questionari emergono alcune valutazioni

Il 60,8% della popolazione presente in aula ha avuto modo di giocare in un giorno solo dai 100 a più di 1000 euro, un dato indicativo di un rapporto problematico con il gioco, considerato che la fascia sociale di riferimento è mediamente di bassa estrazione.

Tra i giochi a cui si ricorre maggiormente compaiono al primo posto quelli di evasione, non strategici, quelli così detti con "effetto valium" (Lotto, Lotterie e Gratta e Vinci 52,2%; Slot Machine e Video Poker 39,1%; Scommesse sportive 30,4%).

Merita attenzione la valutazione dei pensieri sul gioco d'azzardo, in particolare facendo riferimento alla distorsione cognitiva seguente "Chi gioca tanto non sarà mai in grado di smettere di giocare", poiché apre una riflessione sulla necessità di lavorare su quest'ultima prima di intraprendere un percorso di maggiore consapevolezza del problema

La partecipazione al breve percorso di psicoeducazione è stata buona, il gruppo ha manifestato interesse e costanza nella frequentazione. Due dei membri del gruppo hanno dichiarato di aver gradito il fatto di avere uno spazio in cui raccontarsi e di aver visto il gioco d'azzardo per la prima volta sotto un'altra prospettiva. La partecipazione di un ristretto gruppo di persone ha favorito una migliore interazione con i partecipanti e ha garantito il giusto spazio ad ognuno per potersi raccontare.

Grafico 2 - *Gioco prevalente*

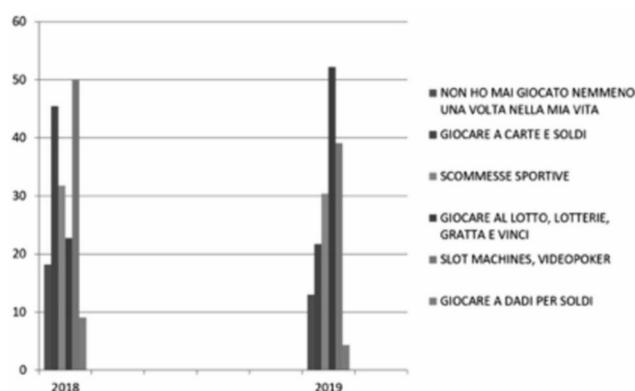
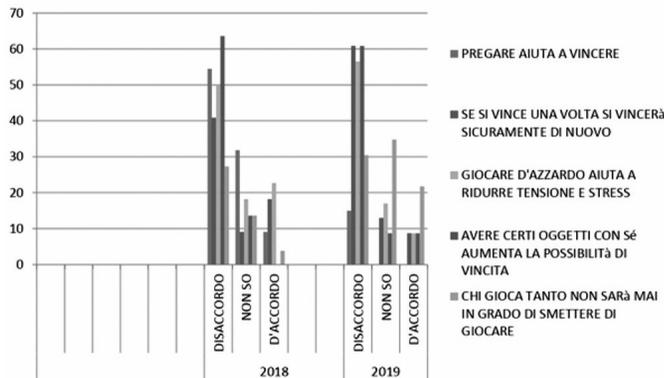


Grafico 3 – Le distorsioni cognitive



Conclusioni

Il nostro percorso mette in evidenza e conferma la percezione degli operatori che lavorano nelle carceri che il gioco d'azzardo sia una problematica presente, poco dimensionata e che necessita di ulteriori approfondimenti.

Le evidenze relative al fatto che l'epidemia Covid -19 abbia incrementato tutte le dipendenze, comprese quelle comportamentali, comporta la necessità di ulteriori sforzi nella direzione dell'aggancio precoce.

La nostra progettualità per il futuro prevede interventi mirati non solo alla possibilità di ripetere il percorso psicoeducativo con i detenuti ma anche di organizzare degli incontri di formazione sul Gap destinati agli operatori penitenziari. Obiettivo principale è quello di fornire a chi svolge un ruolo osservativo, educativo e assistenziale all'interno del carcere, nozioni utili a identificare precocemente gli indicatori di rischio GAP nei soggetti da loro presi in carico e in tal modo prevenire o intervenire nelle prime fasi di dipendenza da gioco.

Bibliografia

- Guerreschi C., 2000, *Giocati dal gioco*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo.
- Carlevaro T., 2004, *Psicoeducazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo*, Hans Dubois, Bellinzona
- Zerbetto R., Foglia C., 2012 *Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi.*
- GRCS, Raylu & Oei, 2004, *Gambling Related Cognitions Scale (nella versione italiana validate da Iliceto, Fino, Cammarota (2013)).*

1.12

DISTURBO DA USO DI SOSTANZA E AGGRESSIVITÀ: OSSERVAZIONE E TRATTAMENTO IN CARCERE

Maglione R.*[2], Iannotta P.[2], Nese G.[1]

[1] UOC Tutela della Salute in Carcere, Asl Caserta - Caserta - Italy,

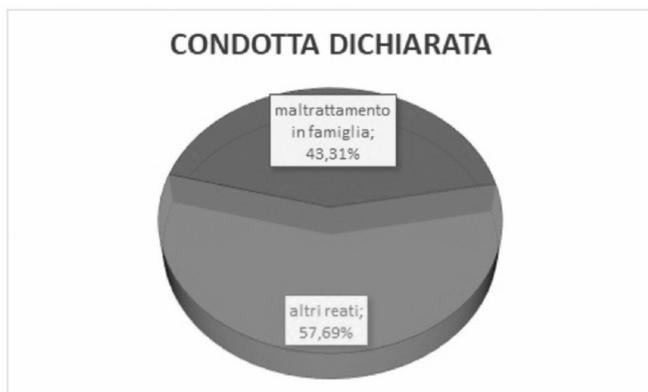
[2] UOSD Dipendenze Patologiche in Carcere, Asl Caserta - Caserta - Italy

Sottotitolo: La ricerca-azione "Riabilitare gli autori di violenza" ha coinvolto i detenuti della C.C. di Santa Maria C. V. "F. Uccella" in carico all'U.O.S.D Dipendenze Patologiche in Carcere dell'Asl Caserta, è durata un anno e ha previsto un programma d'intervento strutturato in due fasi: una fase di osservazione/valutazione e una fase di trattamento.

La ricerca-azione "Riabilitare gli autori di violenza" ha coinvolto i detenuti della C.C. di Santa Maria C. V. "F. Uccella" in carico all'U.O.S.D Dipendenze Patologiche in Carcere dell'Asl Caserta, è durata un anno e ha previsto un programma d'intervento strutturato in due fasi: una fase di osservazione/valutazione e una fase di trattamento che prevede colloqui individuali e un gruppo di psicoterapia a indirizzo gestaltico-fenomenologico.

Dalla fase di osservazione è emerso che la condotta maltrattante, pur essendo il più delle volte sottaciuta, tra i detenuti con DUS è presente in una percentuale elevata tanto che potremmo evidenziare nella modalità esistente degli assuntori di sostanza una tendenza

Figura 1 – Campione iniziale



all'impulsività, all'ostilità e alla manipolatività di cui l'espressione dell'aggressività all'interno del nucleo familiare ne diviene una delle manifestazioni possibili. Le finalità generali dell'intervento che ci si è proposti di raggiungere sono: il riconoscimento della scelta del gesto messo in atto e responsabilizzazione del comportamento inducendo la persona a riconoscersi come parte attiva, attraverso una rivisitazione dei propri gesti e smontando tutti i discorsi di negazione, minimizzazione o giustificazione; sviluppo di un pensiero critico; sviluppo delle capacità empatiche; ristrutturazione del modello relazionale.

1) FASE DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

- durata di 6 mesi
- 26 utenti, di cui 11 segnalati per reato specifico di maltrattamento intra-familiare e 15 che hanno aderito volontariamente al progetto facendo pervenire una richiesta scritta all'U.O.S.D. Dipendenze Patologiche in carcere.
- 4 colloqui clinici
- 3 test psicodiagnostici: MMPI-2-RF e SWAP-200 per la valutazione dei tratti di personalità e la STAXI-2 per rilevare una misura dell'esperienza, dell'espressione e del controllo dell'aggressività.

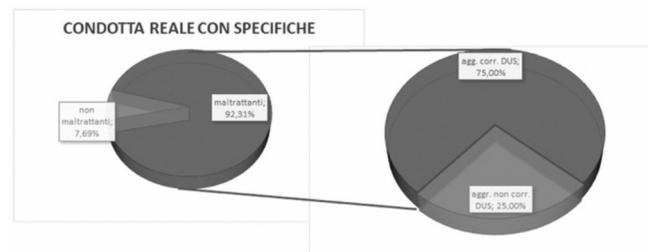
Obiettivi

- valutazione della relazione tra il disturbo da uso di sostanze (DUS) e l'aggressività agita
- valutazione tratti personalità, sostanza d'elezione, pattern comportamentali
- descrizione fenomenologica dell'agito aggressivo.

Risultati osservati

Partendo dal campione iniziale in cui la condotta maltrattante dichiarata era pari al 43,31% della popolazione è emerso che anche nei detenuti per altri reati (57,69%) nella popolazione che presenta un DUS la condotta maltrattante in ambito intra-familiare era

Figura 2 - Relazione DUS e aggressività agita



pari al 92,31%.

Alla valutazione della relazione tra il DUS e l'agito aggressivo è emerso che il 75% della popolazione presenta una condotta maltrattante correlata al disturbo mentre il 25% presenta un'aggressività di tipo temperamentale non ascrivibile alla condizione di tossicodipendenza.

Tratti di personalità e pattern comportamentali in soggetti con aggressività agita correlata al DUS

Il 75% dei detenuti presenta una correlazione tra DUS e la condotta maltrattante in ambito familiare espressa in aggressività agita. Alla valutazione della suddetta correlazione è emersa la manifestazione aggressiva in una condizione clinica di intossicazione cronica, durante la sindrome astinenziale nel consumo di eroina mentre nell'assunzione di crack, alcol e cocaina contestualmente al craving e/o sotto effetto di sostanza. In questa popolazione l'agito aggressivo è consequenziale alla frustrazione data dalla presenza di un ostacolo (spesso un familiare) che si interpone nella possibilità di raggiungere la sostanza portando il soggetto ad una perdita di controllo sul proprio comportamento agendo in modo impulsivo-aggressivo: urlando, lanciando oggetti, sbattendo le porte, aggredendo fisicamente il familiare con spinte, schiaffi, pugni. Benché non si possa ascrivere questa condotta nel campo dell'abitudine di un modello comportamentale, la reiterazione di questi agiti con una frequenza sempre maggiore, direttamente proporzionale allo stato di tossicodipendenza del soggetto, inducono a creare un ambiente familiare maltrattante. La rilevazione dell'espressione dell'aggressività effettuata attraverso la STAXI-2 ha riscontrato in questi soggetti un'elevazione significativa sulle scale della rabbia situazionale, una propensione a rivolgere la rabbia su di sé e sul controllo all'esternalizzazione della rabbia, stando ad indicare un discontrollo degli impulsi espresso in un comportamento aggressivo di tipo reattivo ad una situazione di frustrazione dato da una propensione ad internalizzare la rabbia, agendo uno sforzo nella repressione al rivolgimento esterno. Dalla valutazione di aspetti personologici effettuati attraverso MMPI- 2 RF e SWAP-200 è emerso che tali soggetti presentano un temperamento di tipo passivo riportando una frequenza maggiore di punteggi più significativi sulle scale di ansia, inefficacia, sentimenti di impotenza, demoralizzazione. Dalla raccolta anamnestica-clinica è emersa

un'infanzia e una pre-adolescenza caratterizzata da timidezza, vergogna, profonda insicurezza, sentimenti di inadeguatezza e un comportamento inibito e ritirato. Dall'osservazione fenomenologica dell'agito violento da parte di questi soggetti è emersa una messa in atto

di azioni afinalistiche, scaturite da un'aggressività reattiva ad uno stato emotivo alla base caratterizzato da frustrazione e ansia. Il passaggio all'atto, scervro da una finalità manipolativa e strumentale dell'altro, rispondeva all'intenzione di voler evitare un danno personale in un soggetto che presenta instabilità emotiva, scarsa capacità progettuale e scarsa capacità di autocontrollo.

Tratti di personalità e pattern comportamentali in soggetti con aggressività agita NON correlata al DUS

Il restante 25% della popolazione detenuta presenta una condotta maltrattante non correlata al DUS, in cui l'agito aggressivo, anche qui espresso prevalentemente verbalmente e/o fisicamente in modo estemporaneo, è presente come aspetto temperamentale e non come conseguenza dello stato di tossicodipendenza.

Alla somministrazione della STAXI-2 questi soggetti presentano un'elevazione significativa sull'indice della rabbia di tratto/temperamento, stando ad indicare una condizione di rabbia cronica, e inoltre in questi soggetti è presente anche un'elevazione sulla scala dell'esternalizzazione della rabbia e un punteggio più basso sull'internalizzazione della rabbia, indicando una propensione a manifestare esternamente la rabbia. Dai racconti di vita di queste persone emerge un'infanzia e un'adolescenza caratterizzata da una tendenza ad essere oppositivi, prepotenti, aggressivi, irrequieti, a violare le regole facendo pensare ad un quadro clinico di disturbo della condotta, caratterizzati maggiormente da impulsività, aggressività e iperattività. Alla valutazione degli aspetti personologici è stato riscontrato un'elevazione sulle scale della disfunzione comportamentale esternalizzato, cinismo, rigidità, comportamento antisociale, attivazione ipomaniacale. In questi soggetti l'uso della sostanza, con una propensione maggiore più dell'altro gruppo all'assunzione di cocaina e crack, tendeva a indurre un comportamento ritirato e di evitamento dei contatti sociali, una migliore gestione dell'irrequietezza e dell'agitazione.

Dall'osservazione fenomenologica dell'agito violento da parte di questa popolazione è emersa una messa in atto di condotte aggressive e violente come comportamento abituale in un soggetto con temperamento aggressivo in risposta a stati emotivi alla base caratterizzati da rabbia ed esaltazione. Il passaggio all'atto, risponde all'intenzione di una ricerca di novità e piacere, esercizio di potere e controllo supportato da ostilità e distorsione del pensiero in senso autoreferenziale.

2) FASE DI TRATTAMENTO

Iniziata a settembre 2020, ha visto i detenuti impegnati in:

Figura 3 - Scheda di sintesi

	<i>Soggetti con aggressività correlata al DUS 75%</i>	<i>Soggetti con aggressività non correlata al DUS 25%</i>
STAXI-2	<ul style="list-style-type: none"> • RABBIA DI STATO • ESPRESSIONE RABBIA ALL'INTERNO • CONTROLLO DELLA RABBIA ALL'ESTERNO 	<ul style="list-style-type: none"> • RABBIA DI TRATTO • ESPRESSIONE RABBIA ALL'ESTERNO • CONTROLLO DELLA RABBIA ALL'INTERNO
SOSTANZA D'ELEZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • EROINA • CRACK • COCAINA • ALCOL 	<ul style="list-style-type: none"> • COCAINA • CRACK
TRATTI DI PERSONALITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • DEMORALIZZAZIONE • IMPOTENZA/DISPERAZIONE • INEFFICACIA • PASSIVITÀ • TIMIDEZZA • IMMATURITÀ 	<ul style="list-style-type: none"> • CINISMO • ANTISOCIALITÀ • IPOMANIACALITÀ • PROPENSIONE ALLA RABBIA • RIGIDITÀ
PATTERN COMPORTAMENTALI	<ul style="list-style-type: none"> • IMPULSIVITÀ • AZIONI AFINALISTICHE 	<ul style="list-style-type: none"> • CONDOTTE AGGRESSIVE E VIOLENTE
MODALITÀ RELAZIONALE	<ul style="list-style-type: none"> • FOCALIZZATO SULL'ALTRO • INSTABILITÀ 	<ul style="list-style-type: none"> • FOCALIZZATO SU DI SE • MANIPOLATIVO
INFANZIA/ADOLESCENZA	<ul style="list-style-type: none"> • TIMIDEZZA • VERGOGNA • SENTIMENTALITÀ INADEGUATEZZA • INSICUREZZA • COMPORTAMENTO INIBITO E RITIRATO 	<ul style="list-style-type: none"> • OPPOSITIVITÀ • PREPOTENZA • AGGRESSIVITÀ • IRREQUIETEZZA • IPERATTIVITÀ • TENDENZA A VIOLARE LE REGOLE

- incontri individuali una volta la settimana
- due incontri di gruppo alla settimana della durata di 2 ore ciascuno.

Fase embrionale del gruppo

- difficoltà nella funzione riflessiva, utilizzando prevalentemente uno stile di pensiero infantile, egoistico ed utilitaristico;
- difficoltà nella comprensione e verbalizzazione dei propri stati emotivi riferiti prevalentemente attraverso descrizioni di tipo somatico;
- difficoltà all'ascolto;
- difficoltà a mantenere l'attenzione;
- difficoltà di risonanza emotiva con l'altro;
- irrequietezza psicomotoria;
- scarsa tolleranza alla frustrazione;
- mancanza di un pensiero critico.

Scopo del gruppo

- momento in cui sperimentare il proprio senso di responsabilità;
- luogo di contenimento, supporto ed elaborazione dei propri vissuti;

- momento di informazione e sviluppo di un pensiero critico e adeguato rispetto la propria problematica;
- momento di confronto con l'altro e possibilità di costruzione di un dialogo;
- momento di riflessione sul Sè.

Risultati osservati

- maggiore consapevolezza della malattia della tossicodipendenza e della relazione tra la loro condizione clinica e il comportamento agito
- richiesta di supporto farmacologico mirato alla cura piuttosto che all'assunzione delle terapie sostitutive, stando ad indicare l'acquisizione di una visione più complessa della propria persona e della propria condizione clinica;
- maggiore tolleranza alle frustrazioni;
- abbassamento dei livelli di aggressività e un maggiore controllo degli impulsi osservati sia all'interno del gruppo attraverso la modalità comportamentale verso l'altro, sia nelle rispettive sezioni in cui è stato osservato una migliore gestione dei rapporti interpersonali sia con i compagni che con la parte amministrativa;
- esternalizzazione verbale e riflessiva sui propri stati

Figura 4 - Descrizione fenomenologica dell'agito aggressivo

	<i>Soggetti con aggressività correlata al DUS 75%</i>	<i>Soggetti con aggressività non correlata al DUS 25%</i>
FATTORE CAUSALE	<ul style="list-style-type: none"> • INSTABILITÀ EMOTIVA • SCARSA CAPACITÀ AUTOCONTROLLO • SCARSA CAPACITÀ PROGETTUALE E PIANIFICAZIONE 	<ul style="list-style-type: none"> • OSTILITÀ • PENSIERO DISTORTO
INTENZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • EVITAMENTO DANNO PERSONALE 	<ul style="list-style-type: none"> • RICERCA DI NOVITÀ • ESERCIZIO DI POTERE • CONTROLLO
AZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • ESCALATION 	<ul style="list-style-type: none"> • COMPORTAMENTO ABITUALE
STATO EMOTIVO E MENTALE	<ul style="list-style-type: none"> • FRUSTRAZIONE • ANSIA 	<ul style="list-style-type: none"> • RABBIA • ESALTAZIONE

emotivi;

- atteggiamento verso l'altro connotato da una maggiore predisposizione all'ascolto, immedesimazione nei suoi vissuti, tentativo del prendersi cura dell'altro;
- utilizzo di un linguaggio meno autoreferenziale ed infantile;
- sviluppo di un pensiero più critico e adeguato;
- recupero relazioni con i familiari.

Bibliografia

Baldry A. C., (2006), Dai maltrattamenti all'omicidio-La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio, FrancoAngeli;
Giulini P., Xella C.M.,(2011) Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali, Raffaello Cortina Editore
Grifoni G. (2018) L'Uomo maltrattante - Dall'accoglienza all'intervento con l'autore di violenza domestica, FrancoAngeli

1.13

DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI NEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON E AGONISTI DOPAMINERGICI: STUDIO DEI POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO FARMACOCINETICI E PSICOLOGICI

Marini L.*[1], Lopane G.[1], Sermi S.[2], Mohamed S.[1], Balboni M.[1-3], Sambati L.[1], Persichella C.[2], Contin M.[1-3]

[1] IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, AUSLBO - Bologna - Italy, [2] DSMDP - Programma Integrato Dipendenze Patologiche ed assistenza alle popolazioni vulnerabili - AUSLBO - Bologna - Italy, [3] Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna - Italy

Sottotitolo: Studio prospettico, monocentrico, di natura esplorativa dei possibili fattori di rischio farmacocinetici e psicologici implicati nella comparsa dei disturbi del controllo degli impulsi in pazienti con Malattia di Parkinson in terapia con gli agonisti dopaminergici pramipexolo, ropinirolo e rotigotina

Premessa

La Malattia di Parkinson (MP) è la seconda malattia neurodegenerativa dopo la malattia di Alzheimer. La prevalenza è di 180-200 casi/100.000 abitanti. In Italia ci sono circa 200.000 parkinsoniani e ogni anno vengono segnalati mediamente 10.000 nuovi casi. L'età di insorgenza è in genere dopo i 60 anni, ma il 5-10% esordisce prima dei 40 anni (1). La terapia farmacologica a tutt'oggi disponibile è esclusivamente sintomatica, basata principalmente sul ripristino della trasmissione dopaminergica nigrostriatale, resa deficitaria a seguito della massiva degenerazione (oltre il 60% all'esordio dei sintomi) dei neuroni della pars compacta della substantia nigra. Accanto alla levodopa (LD), precursore della dopamina, che rimane il "gold standard" nel trattamento della MP, gli agonisti dopaminergici (DA) non ergolinici occupano un ruolo importante nell'armamentario terapeutico. Attualmente sono disponibili sul mercato due farmaci per uso orale, il pramipexolo (PRA) ed il ropinirolo (ROP), in formula-

zione a rilascio standard e a rilascio prolungato, ed uno per via transdermica (formulazione in cerotto), la rotigotina (ROT) (2). Si tratta di farmaci la cui caratterizzazione dal punto di vista farmacocinetico clinico è molto carente, riconducibile in gran parte a studi su piccoli gruppi di volontari sani condotti dalle case farmaceutiche produttrici (3,4). Ne consegue un utilizzo clinico dei DA basato su di un approccio empirico, per "prove ed errori", di dosi sostanzialmente fisse, non individualizzate. Tale approccio si traduce, a parità di dose, in un'ampia variabilità sia nella risposta clinica, sia nella comparsa degli effetti indesiderati nei pazienti trattati. L'esperienza clinica ha evidenziato una serie di effetti indesiderati potenzialmente gravi associati alla terapia con DA, fra i quali hanno destato particolare allarme i disturbi del controllo degli impulsi (DCI), definiti come comportamenti che vengono eseguiti ripetutamente, eccessivamente e compulsivamente in misura tale da interferire con le normali attività quotidiane (5). I DCI includono il disturbo da gioco d'azzardo (DGA), lo shopping compulsivo, i comportamenti compulsivi alimentari e l'ipersessualità (5). Altri comportamenti impulsivi-compulsivi che sono stati associati alla terapia dopaminergica in generale ed in particolare ai DA includono il collezionismo; l'hobbismo; l'ipercreatività; il punding (attrazione per compiti ripetitivi, meccanici e afinalistici come montare e smontare elettrodomestici o altri apparecchi); la sindrome da disregolazione dopaminergica (SDD), che consiste nell'abuso della terapia dopaminergica (6). Nel complesso la prevalenza dei DCI nei pazienti con MP trattati con DA varia a seconda delle casistiche, in un range ricompreso fra il 15-30% (7). Studi prospettici di coorte hanno mostrato che circa il 40% dei pazienti privi di DCI prima d'iniziare il trattamento con DA possono manifestare questi disturbi in corso di terapia cronica (8). Il tempo d'insorgenza dall'inizio del trattamento è molto variabile, da pochi mesi ad anni. Si tratta di effetti spesso non riferiti dai pazienti, sottovalutati e/o non riconosciuti dai famigliari, dalle ricadute molto gravi dal punto di vista personale, relazionale, famigliare e talvolta finanziario. Il substrato neurobiologico principale alla base di questi disturbi è rappresentato dalla disregolazione delle vie dopaminergiche mesocorticolimbiche, dove la dopamina gioca un ruolo fondamentale nell'apprendimento basato sulla ricompensa e nella motivazione (9). Il meccanismo alla base dei DCI è il risultato di complesse interazioni tra diverse variabili, neurofunzionali, genetiche, demografiche, cliniche, terapeutiche e comportamentali (10). Fra i fattori di rischio sono stati evidenziati il sesso maschile, l'età più giovane, un esordio precoce di MP, una storia di DCI prima dell'esordio della MP, una storia

personale o familiare di abuso di sostanze, una storia personale di disturbo bipolare, problemi di gioco d'azzardo, e tratti impulsivi di personalità (7). Il trattamento con i DA sembra essere comunque il principale fattore di rischio per i DCI, in particolare viene attribuito un ruolo cruciale alla stimolazione selettiva del recettore D3 nel sistema mesocorticolimbico (11). Rimane controversa la relazione fra la dose dei DA e la comparsa di DCI, caratterizzata da un'ampia variabilità intersoggetto (5). Alcuni autori hanno inoltre suggerito che il rischio di comparsa di DCI è maggiore utilizzando formulazioni di DA a rilascio standard rispetto a quelle a rilascio prolungato (12). Nessuno studio ha finora esaminato la possibile relazione fra concentrazioni plasmatiche di DA e DCI.

Obiettivi dello studio

Obiettivo primario: indagare mediante la misura delle concentrazioni plasmatiche le possibili differenze nella biodisponibilità degli agonisti dopaminergici PRA, ROP e ROT fra pazienti con e senza evidenze di DCI.

Obiettivo secondario: confrontare il profilo psicologico dei pazienti con DCI con quello di un gruppo di controllo di pazienti senza DCI, paragonabili sulla base delle caratteristiche demografiche, cliniche e terapeutiche.

Oggetto della presentazione

La presente trattazione è focalizzata prevalentemente sugli esiti delle indagini psicologiche nella popolazione studiata.

Pazienti e metodi

Lo studio è stato disegnato come prospettico, monocentrico, di natura esplorativa. Il protocollo è stato approvato dal Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (CE20072). Criteri di inclusione: età ≥ 18 anni; diagnosi di MP secondo i criteri di Gelb (13); terapia cronica con DA da almeno 3 mesi, ad un dosaggio stabile da almeno 1 settimana, sia in monoterapia, sia in co-terapia antiparkinsoniana; consenso informato scritto. Criteri di esclusione: demenza precedentemente diagnosticata; malattie psichiatriche ad eccezione della sindrome da disregolazione dopaminergica e depressione; rifiuto a partecipare o ritiro del consenso; incapacità di leggere e scrivere, comprendere finalità e modalità dello studio, esprimere il consenso. - visita neurologica, con valutazione semiquantitativa dei sintomi (fase "on"), mediante le scale Hoehn & Yahr (14) e MDS-UPDRS (15);

- compilazione della scheda raccolta dati (CRF) predisposta per lo studio (dati anagrafici, grado di istruzione, età di esordio e severità della MP, abitudine al fumo, consumo di alcol e caffè, tutti i farmaci utilizza-

ti per il trattamento della MP a partire dall'insorgenza dei sintomi, dosi di DA e delle coterapie antiparkinsoniane concomitanti, ecc.);

- somministrazione ai pazienti del questionario per la valutazione dei disturbi impulsivo-compulsivi (QUIP) (16);

- prelievo ematico (6 mL) alle ore 9-10, prima dell'assunzione della dose del DA del mattino, per la misura della concentrazione plasmatica dei DA mediante cromatografia liquida ad ultra alta pressione con rivelatore di spettrometria di massa (17,18);

- somministrazione dei seguenti test psicometrici:

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCI-III) (2008, 2016), un questionario standardizzato autosomministrato, con 175 item a risposta vero/falso, in grado di misurare stili di personalità e sindromi cliniche, riflettendo direttamente la classificazione del DSM-IV in base a Asse I e II (19).

Un punteggio ≥ 75 indica la certezza di prevalenza del problema o del tratto di personalità indagato.

2. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), un questionario autosomministrato di 30 domande in grado di valutare il grado di impulsività in base a fattori di primo e secondo ordine, tra cui l'Impulsività Attentiva (attenzione + instabilità cognitiva), l'Impulsività Motoria (impulsività motoria + perseveranza), e l'Impulsività da Non Pianificazione (autocontrollo + complessità cognitiva) (20).

3. Mini Mental State Examination (MMSE), il test di screening maggiormente usato in ambito clinico neuropsicologico, composto da 30 item in grado di valutare la presenza di deterioramento cognitivo (21). Il MMSE è stato somministrato per valutare l'eventuale presenza di deterioramento cognitivo nel campione selezionato, e per assicurare un'adeguata comprensione delle domande (auto-somministrate) dei questionari MCI-III e BIS-11. È stato posto come cut-off il convenzionale punteggio di 23,8 (22).

4. Frontal Assessment Battery (FAB), uno strumento neuropsicologico in grado di valutare il funzionamento esecutivo (concettualizzazione, flessibilità mentale, programmazione motoria, sensibilità all'interferenza, controllo inibitorio, autonomia ambientale) (23). È stato posto come cut-off il punteggio corretto di 13,4 (24).

Outcome dello studio

Outcome primari:

- esiti del questionario QUIP;

- concentrazione plasmatica (C) dei DA, corretta per la corrispettiva dose pro chilo giornaliera (mg/kg/die): $C/D [ng/mL]/(mg/kg/die)$.

Outcome secondari:

- esiti dei test psicometrici.

Indicatori di esito

Tabella 1. Dati demografici e clinici dei pazienti suddivisi nei due gruppi, positivi e negativi a DCI

Variabile	Pazienti positivi a DCI (n=41)	Pazienti negativi a DCI (n=64)	p
Età (anni)	65±10	67±8	N.S.
Sesso (n) donne/uomini	16/25	27/37	N.S.
Peso (kg)	71±14	74±14	N.S.
Scolarità (anni)	12±4	11±5	N.S.
Stato civile (n):			
- coniugato/a	34 (83%)	56 (87%)	
- celibe/nubile	3 (7%)	3 (5%)	N.S.
- divorziato/a	1 (2%)	3 (5%)	
- vedovo/a	3 (7%)	2 (3%)	
Durata Malattia di Parkinson (anni)	7,7±6,0	8,1±4,4	N.S.
Stadio Hoehn & Yahr ("on")	2 (2-2,25)	2 (2-3)	N.S.
Scala MDS-UPDRS ("on")	25±14	28±14	N.S.
Durata terapia con DA (anni)	6,1±4,6	6,1±4,4	N.S.
Durata terapia con LD (anni)	6,1±5,6	6,6±4,4	N.S.
Prescrizione DA (n):			
- PRA	25 (61%)	46 (72%)	N.S.
- ROP	11 (27%)	10 (16%)	N.S.
- ROT	6 (15%)	10 (16%)	N.S.
Dose DA (mg/die):			
- PRA	1,00±0,63	1,08±0,86	N.S.
- ROP	8,2±6,6	8,4±3,5	N.S.
- ROT	7,3±2,7	6,4±2,8	N.S.
Dose LD (mg/die)	478±285	462±238	N.S.
Dose equivalente LD (mg/die)	682±402	662±346	N.S.
Consumo caffè (n)	30 (73%)	43 (67%)	N.S.
Consumo alcol (n)	12 (29%)	18 (28%)	N.S.
Consumo fumo sigaretta (n)	6 (15%)	6 (9%)	N.S.

Valori espressi come medie±deviazioni standard, ad eccezione dello stadio Hoehn & Yahr, espresso come mediana (25-75 percentili). Dose equivalente di LD calcolata secondo: Schade, S., Mollenhauer, B. and Trenkwalder, C. (2020), Levodopa Equivalent Dose Conversion Factors: An Updated Proposal Including Opicapone and Safinamide. *Mov Disord Clin Pract*, 7: 343-345. DA, agonista dopaminergico; LD, levodopa; PRA, pramipexolo; ROP, ropinirolo; ROT, rotigotina; N.S., $p \geq 0,05$.

Indicatori di esito primari: 1) numero di pazienti con evidenze di DCI/numero totale dei pazienti (suddiviso per ciascun DA); 2) confronto dei valori di C/D per ciascun DA fra soggetti con e senza evidenze di DCI.

Indicatori di esito secondari: 1) confronto degli esiti dei test psicometrici fra soggetti con e senza evidenze di DCI.

Analisi statistica

Le analisi statistiche (descrittiva, correlazione fra le

variabili sopra menzionate, confronti fra gruppi, ecc.) sono state eseguite mediante gli opportuni test con l'ausilio del software Sigmaplot® versione 12.5 (Systat Software, San Josè, CA, USA). La significatività statistica è stata posta a $p < 0,05$.

Risultati

Nel periodo dal 15 settembre 2020 al 6 ottobre 2021 sono stati reclutati 105 pazienti. Quarantuno soggetti (39%) sono risultati positivi a DCI secondo il questio-

Figura 1. Percentuali di positività/negatività a DCI tra i pazienti reclutati

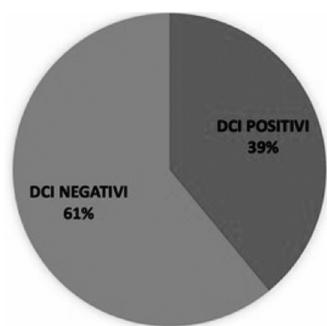


Figura 2. Tipologia di DA assunti nel campione generale

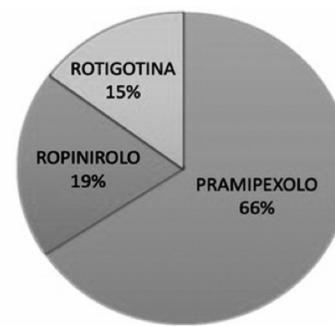


Tabella 2. Punteggi relativi al BIS-11 nei due gruppi di pazienti

	BIS-11	Positivi a DCI	Negativi a DCI	p=
Impulsività attentiva		15,9 ±2,9	14,8 ±2,6	0,099
Impulsività motoria		19,6 ±3,7	17,9 ±2,6	0,036
Impulsività da non pianificazione		25,1 ±4,7	24,0 ±4,5	0,306
Punteggio totale		60,7 ±9,2	56,7 ±7,3	0,054

Valori espressi come medie±deviazioni standard

nario QUIP (Figura 1).

I dati demografici e clinici dei pazienti suddivisi nei due gruppi, positivi e negativi a DCI, sono riportati in Tabella 1.

Non è emersa nessuna differenza significativa nelle caratteristiche demografiche, cliniche, terapeutiche e negli stili di vita fra i due gruppi di pazienti.

Per quanto riguarda in particolare l'utilizzo dei DA, il PRA è risultato complessivamente il più prescritto (66% dei casi), seguito da ROP (19%) e ROT (15%) (Figura 2).

Tale distribuzione è rimasta invariata nei due gruppi con e senza DCI. In due pazienti è stata registrata la co-somministrazione di PRA e ROP, in un caso di ROP e ROT. Le formulazioni a rilascio prolungato sono risultate in assoluto le più utilizzate, nel 76% dei pazienti trattati con PRA e nel 100% dei pazienti con ROP. I dosaggi giornalieri di ciascun DA sono risultati simili nei due gruppi, sia in mg, sia in mg/chilogrammo. Le concentrazioni plasmatiche dei tre DA, corrette per le corrispettive dosi pro chilo giornaliero, non hanno mostrato differenze significative fra i due gruppi.

La tipologia e distribuzione dei DCI è riportata in Figura 3.

Dei 41 pazienti trovati positivi a DCI, 16 mostravano

un singolo disturbo (39%) e 25 due o più disturbi (61%). Tra i disturbi riportati: 24% alimentazione incontrollata; 17% shopping compulsivo; 14% ipersessualità; 12% DGA; 25% hobbyismo, principalmente in ambito domestico (bricolage, riordino); 8% SDD. Da sottolineare che l'ipersessualità è risultata più frequente nella popolazione maschile rispetto a quella femminile (42% vs 6%, p=0.01), lo shopping compulsivo ha mostrato la tendenza ad una frequenza maggiore nelle donne (47% vs 20%).

Dal punto di vista cognitivo entrambi i gruppi con e senza evidenze di DCI sottoposti al MMSE sono rientrati nella norma, rispettivamente con un punteggio medio±deviazione standard (DS) corretto per età e scolarità di 26,6±2,2 e 27,3±1,1.

Il profilo psicologico dei 41 pazienti risultati positivi ai DCI è stato confrontato con quello di 31 pazienti del gruppo senza DCI, sovrapponibili per caratteristiche demografiche, cliniche, terapeutiche. Dall'analisi sono emersi i seguenti risultati:

1. Dal MCMI-III non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi medi relativi agli stili di personalità fra i due gruppi di pazienti. È stata osservata nella popolazione positiva a DCI la tendenza ad un'incidenza di casi maggiore di soggetti con stile

Figura 3. Tipologia di DCI rilevati nel campione

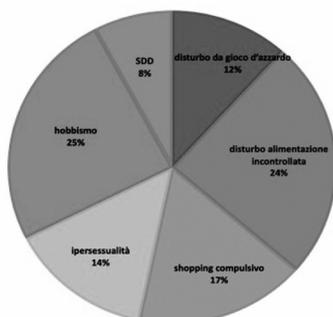
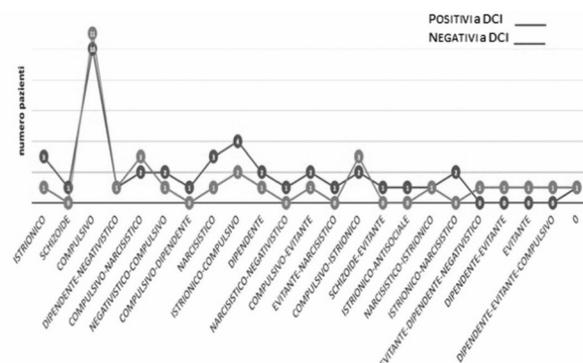


Figura 4. Stili di personalità rilevati dal MCMI-III



di personalità depressiva (5/41 vs 0/31) ($p=0,07$).

Si è osservata inoltre una tendenza a punteggi medi più alti nei pazienti con DCI nella scala dipendente e nelle scale delle sindromi cliniche legate a ipomania e ansia, senza raggiungere la significatività.

In Figura 4 è riportato per ciascun stile di personalità il numero dei soggetti che hanno totalizzato un punteggio ≥ 75 . Nella popolazione in generale lo stile di personalità ossessivo compulsivo è risultato quello maggiormente rappresentato (72%).

2. Dal test BIS-11 i punteggi medi relativi all'impulsività motoria sono risultati significativamente più alti nel gruppo di pazienti positivi a DCI rispetto ai negativi ($p=0,04$) (Tabella 2). Anche l'impulsività totale ha mostrato punteggi tendenzialmente più alti nella popolazione con DCI ($p=0,05$).

3. Per quanto riguarda infine la valutazione del funzionamento esecutivo, i punteggi medi totali corretti per età e scolarità della FAB non hanno mostrato differenze significative fra i due gruppi ($15,1 \pm 2,3$ nei pazienti positivi a DCI vs $15,6 \pm 2,0$ nei pazienti negativi). È stato rilevato disfunzionamento esecutivo nel 18% della popolazione in generale, ed in particolare nel 24% dei pazienti positivi a DCI, vs il 9% dei negativi ($p=0,09$).

Nella popolazione positiva a DCI sono emersi punteggi tendenzialmente più bassi nella sottoscala Go-No Go ($1,6 \pm 1,0$ vs $2,0 \pm 1,0$, $p=0,09$).

Discussione

Numerosi sono gli studi che hanno indagato la relazione tra DA e DCI nei pazienti parkinsoniani. A nostra conoscenza questo è il primo studio che ha valutato la relazione tra le concentrazioni plasmatiche dei DA e la presenza di DCI in una popolazione di pazienti con MP. Dall'analisi dei risultati non è emersa nessuna differenza nella concentrazione plasmatica dei tre DA fra i pazienti con e senza evidenza di DCI.

L'analisi della terapia a base di DA dei pazienti reclutati nel nostro studio ha evidenziato che la maggioranza assumeva le formulazioni di PRA e ROP a rilascio prolungato e che i dosaggi utilizzati sono risultati medio-bassi per tutti e tre i DA. Questo sta ad indicare che l'attuale approccio clinico nell'impostazione delle terapie antiparkinsoniane è orientato all'utilizzo delle formulazioni che consentono di ottenere concentrazioni più stabili dei DA nell'arco della giornata e a mantenere bassi dosaggi di DA, per evitare il rischio di sviluppare DCI (12).

Nonostante questo approccio terapeutico cautelativo la percentuale di pazienti positivi a DCI è risultata

piuttosto elevata (39%) nella nostra popolazione di studio, in linea comunque con quanto riportato da altri studi sull'argomento (25). È interessante però notare che gran parte dei DCI rilevati nei nostri pazienti riguardava disturbi ritenuti "socialmente accettabili", quali l'alimentazione compulsiva e l'hobbismo. L'approfondimento anamnestico che ne è conseguito ha comunque messo in evidenza il disagio che anche questo tipo di DCI determina nel contesto di vita dei pazienti e dei caregivers.

Riguardo alle caratteristiche psicologiche, il test MCMI-III ha evidenziato nell'intero campione una prevalenza rilevante della scala ossessiva compulsiva (72%), una scala che individua caratteristiche di coscienziosità, controllo, stabilità affettiva, ambivalenza interpersonale, chiusura all'esperienza, intolleranza, irritabilità (26) in persone spesso percepite come metodiche, perfezioniste, puntuali, talvolta inflessibili. Nel DSM V (27) si parla infatti di Disturbo ossessivo compulsivo come "un duraturo e pervasivo pattern disadattivo di eccessivo perfezionismo e controllo rigido"; da sottolineare come precedenti studi abbiano posto caratteristiche di personalità "nevrotiche" come possibile fattore di rischio per lo sviluppo della MP (28).

La tendenza ad una maggiore incidenza, fra i pazienti positivi a DCI, di punteggi sopra soglia nella Scala di personalità Depressiva, scala associata ad una visione pessimistica della vita, malinconia e bassa opinione di sé (26), risulta in linea con gli studi che pongono la depressione come uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di DCI nei pazienti MP (29,30).

Un altro test molto diffuso per la valutazione delle caratteristiche di personalità, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) (31), ha rilevato in una popolazione con MP positiva a DCI punteggi maggiori rispetto alla popolazione negativa nella sottoscala Introversione Sociale, che misura caratteristiche personali legate ad una bassa autostima e ad emozioni negative, aspetti spesso legati alla depressione.

Da un punto di vista neuroanatomico un crescente numero di ricerche (32) suggerisce che depressione e DCI si sviluppino in pazienti MP "suscettibili" al disfunzionamento dello striato ventrale e del circuito cortico-striato-talamo-corticale, coinvolto nei processi motivazionali e di ricompensa, mediati dalla dopamina.

Infine la tendenza a punteggi medi più alti nelle scale sindromiche relative ad ipomania e ansia del MCMI-III necessita ulteriori conferme in campioni più ampi, dal momento che questi disturbi sono comunque posti in letteratura in comorbidità con DCI (33).

La BIS ha mostrato nella sottoscala di Impulsività Motoria un punteggio medio significativamente più alto nei pazienti positivi a DCI rispetto ai negativi.

L'Impulsività Motoria dà una misura quantitativa dell'agire sull'impulso del momento e correla significativamente con la diagnosi dimensionale del disturbo depressivo di personalità del DSM-IV (34). Assieme al Punteggio Totale risulta inoltre essere associata ad un profilo temperamentale caratterizzato da comportamento non inibito, con alta ricerca della novità, mostrando correlazioni significative con disturbi dell'identità e dell'affettività e DCI, tra cui il DGA, suggerendo un'associazione tra impulsività e disturbi della personalità legati ad instabilità e/o marcata espressività emozionale (34).

Un'alta impulsività motoria porta da un punto di vista neurocognitivo ad un deficit nella fase di esecuzione delle risposte motorie.

Infine, proprio dal punto di vista neurocognitivo, deficit esecutivi sono risultati presenti in misura quasi tre volte maggiore nella popolazione positiva a DCI, pur non raggiungendo la significatività; anche nella sottoscala Go-No Go, atta a misurare il controllo inibitorio, è stata rilevata la tendenza a prestazioni peggiori nella popolazione positiva a DCI. Il risultato è in linea con la letteratura (35), che ha evidenziato nella popolazione parkinsoniana positiva a DCI una riduzione dell'attività neurale in aree cerebrali coinvolte nel controllo degli impulsi e nell'inibizione delle risposte (ad esempio nei compiti Go-No-Go) come nella corteccia orbito-frontale laterale, nella corteccia cingolata anteriore, nell'amigdala e nel globo pallido esterno (29).

In pazienti con MP e DGA alcuni studi hanno evidenziato performance significativamente peggiori alla FAB ed in altri test che valutano il funzionamento dei lobi frontali rispetto ai pazienti senza DGA (36).

L'associazione tra DGA, altri DCI e disfunzionamento cognitivo potrebbe nascere da difficoltà di monitoraggio, controllo e modifica di comportamenti maladattativi.

Il deficit esecutivo, tra cui la capacità di inibizione della risposta, è generalmente collegato alla degenerazione del tratto fronto-striatale e secondario alla perdita di cellule nella substantia nigra, e sembra una caratteristica distintiva dei pazienti con MP che sviluppano DCI, in particolare per quanto riguarda il DGA (37).

Conclusioni

Il presente studio presenta come punti di forza il disegno prospettico e monocentrico, che ha consentito una gestione e valutazione omogenea del campione di pazienti esaminati; come punto di debolezza, la numerosità campionaria relativamente limitata. Dai risultati delle indagini psicologiche è emerso che la BIS-11 potrebbe rappresentare un utile strumento di screening in pazienti con MP candidati alla terapia con DA, in quanto una sua positività, specie nella sottoscala rela-

tiva all'Impulsività Motoria, potrebbe essere un fattore di rischio per lo sviluppo di DCI in trattamento con DA. Dalle analisi eseguite con il MCMI-III appare complesso identificare stili di personalità che possano predisporre alla comparsa di DCI, sebbene in future indagini si possa approfondire specificamente il tema, date le evidenze già presenti in letteratura su determinati stili di personalità presenti in pazienti con DCI.

Infine, uno screening cognitivo delle funzioni esecutive, condotto con test più specifici e approfonditi della FAB (35) potrebbe essere utile nel valutare il funzionamento esecutivo mediato dai lobi frontali, specie in compiti di inibizione della risposta comportamentale e di risposta a feedback ambientali negativi, mettendo in relazione questi disturbi con il fenomeno dei DCI.

RINGRAZIAMENTI: Si ringrazia la Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna per il fondamentale contributo alla realizzazione dello studio (Prot. N° 760bis/2019).

Bibliografia

1. <http://www.aosp.bo.it/content/insieme-curare-il-percorso-assistenziale-la-malattia-di-parkinson-e-uno-sportello-informativ>
2. Blandini F, Armentero M-T. Dopamine receptor agonists for Parkinson's disease. *Expert Opin Investig Drugs* 2014;23:387-410.
3. Contin M, Riva R, Albani F, Baruzzi A. Pharmacokinetic optimisation in the treatment of Parkinson's Disease. *Clin Pharmacokinet* 1996;6:463-481.
4. Nyholm D. Pharmacokinetic optimisation in the treatment of Parkinson's disease: an update. *Clin Pharmacokinet* 2006;2:109-136.
5. Weintraub D, David AS, Evans AH, Grant JE, Stacy M. Clinical spectrum of impulse control disorders in Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2015;30:121-127.
6. Voon V, Fox S. H. Medication-related impulse control and repetitive behaviors in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2007;64:1089-1096.
7. Gatto EM, Aldinio V. Impulse control disorders in Parkinson's disease. A brief and comprehensive review. *Front Neurol* 10:351. doi:10.3389/fneur.2019.00351.
8. Rektorova I. Current treatment of behavioral and cognitive symptoms of Parkinson's Disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2019;59:65-73.
9. Probst CC, van Eimeren T. The functional anatomy of impulse control disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013;13:386. doi: 10.1007/s11910-013-0386-8.
10. Weintraub D, Koester J, Potenza MN, et al. Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol* 2010;67:589-595.

11. Seeman P. Parkinson's disease treatment may cause impulse-control disorder via dopamine D3 receptors. *Synapse* 2015; 69:183-189.
12. Rizos A, Sauerbier A, Antonini A, et al. A European multicentre survey of impulse control behaviours in Parkinson's disease patients treated with short- and long-acting dopamine agonists. *Eur J Neurol* 2016;23:1255-1261.
13. Gelb DJ, Oliver E, Gilman S. Diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Arch Neurol* 1999;56:33-39.
14. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967;17):427-442.
15. Goetz CG, Stebbins GT, Chmura TA, Fahn S, Poewe W, Tanner CM. Teaching program for the Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale: (MDS-UPDRS). *Mov Disord* 2010;25:1190-1194.
16. Weintraub D, Hoops S, Shea JA, et al. Validation of the questionnaire for impulsive compulsive disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009;30:1461-1467.
17. Mohamed S, Riva R, Contin M. Validated UHPLC-MS/MS method for the simultaneous determination of pramipexole and ropinirole in plasma of patients with Parkinson's disease, *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2016;1017-1018:114-119.
18. Mohamed S, Riva R, Contin M. Novel UHPLC-MS/MS method for the determination of rotigotine in the plasma of patients with Parkinson's disease. *Biomed Chromatogr* 2017 Sep; 3:1 e3944. <https://doi:10.1002/bmc.3944>.
19. Millon T. MCMI-III Millon clinical multiaxial inventory-III. Adattamento italiano a cura di A. Zennaro, S. Ferracuti, M.Lang, E. Sanavio (2008)- Ed: Giunti OS FI Organizzazioni Speciali.
20. Patton JH, Stanford MS, Barratt E. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768-774.
21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: *J Psychiatr Res*, vol. 12, n. 3, 1975, pp. 189-198.
22. Measso G, Cavarzeran F, Zappalà G, Lebowitz BD, Crook TH, Pirozzolo FJ, Amaducci LA, Massari D, Grigoletto F. The mini-mental state examination: Normative study of an Italian random sample. *Dev Neuropsychol* 1993;9:77-85.
23. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 2000;12;55:1621-1626.
24. Appollonio I, Leone M, Isella V, et al. The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample. *Neurol Sci* 2005;26:108-116.
25. Lo Monaco MR, Petracca M, Weintraub D, et al. Prevalence of Impulsive-Compulsive Symptoms in Elderly Parkinson's Disease Patients: A Case- Control Study. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3):17m11612.
26. Guida Interpretativa del MCMI, Choca JP, Van Denburg E. Las-Roma, 2004.
27. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione. Raffaello Cortina editore, 2014.
28. Terracciano A, Aschwanden D, Stephan Y, et al. Neuroticism and Risk on Parkinson's Disease: a meta-analysis. *Mov Disord* 2021;36:1863-1870.
29. Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Donnio Y et al. Dopamine agonists and Impulse Control Disorders: a complex association. *Drug Saf* 2018; 41:19-75.
30. Bhattacharjee S. Impulse Control disorders in Parkinson's disease: Review of pathophysiology, epidemiology, clinical features, management, and future challenges. *Neurol India Jul-Aug* 2018; 66: 967-975.
31. Farnikova K, Obereigneru R, et al. Comparison of personality characteristics in Parkinson Disease patients with and without Impulse Control Disorders and in healthy volunteers. *Cogn Behav Neurol* 2012;25-33.
32. Vriend C, Pattij T et al. Depression and Impulse Control Disorders in Parkinson's disease: two sides of the same coin? *Neurosci Biobehav Rev* 2014;38:60-71.
33. Canesi M, Lavolpe S, Cereda V, et al. Hypomania, Depression, Euthymia: New Evidence in Parkinson's Disease. *Behav Neurol*, vol. 2020, Article ID 5139237, 8 pages, 2020.
34. Borderline. Struttura, categoria, dimensione. Maffei C, Raffaele Cortina Editore, 2008.
35. Santangelo G, Vitale C, Trojano L, et al. Cognitive dysfunction and pathological gambling in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009;24:899-905.
36. Torrieri M, Caselli G, Mezzaluna C. Deficit nel controllo inibitorio nel DOC e nel GAPDS. <https://www.stateofmind.it/2016/02/deficit-controllo-inibitorio-doc-gap/>. Ultimo accesso, 15 ottobre 2021.
37. Weintraub D, Nirenberg MJ. Impulse control and related disorders in Parkinson's Disease. *Neurodegener Dis* 2013;11:63-71.

1.14

DISULFIRAM: VECCHIO FARMACO, NUOVE POTENZIALITÀ?

Merlini R.*[1], Fiorentino G.[2], Toscano J.F.[2]

[1]Asst Melegnano e della Martesana ~ Milano ~ Italy,

[2]~ Italy

Razionale

Il disulfiram è disponibile da circa 50 anni. La sua efficacia si basa su un 'rinforzo negativò, ovvero nell'infondere al pz. la paura delle reazioni conseguenti al consumo di alcol in modo da indurlo ad evitarne il consumo.

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

Gli studi hanno dimostrato che non esiste evidenza di efficacia del disulfiram Vs placebo quando la sua somministrazione non avviene sotto diretta supervisione (2).

I vantaggi della supervisione (= monitoraggio dell'assunzione) sono descritti da Brewer e Meyer (3).

L'assunzione può essere quotidiana o, a dosi superiori, limitata a 3 volte/ settimana da raggiungere almeno 1400 mg/ settimana.

Studio

Dal dic. 2020 abbiamo arruolato 15 pz (6 F, 9 M) di età compresa fra 37 e 68 aa in cui non è stato possibile individuare un caregiver.

Avvisati i pz della necessità di un caregiver ove non sia stato possibile individuarlo nel proprio partner o in un parente, con il compito di supervisionare l'assunzione del farmaco, il ns Servizio si è reso disponibile all'erogazione del farmaco 3 volte/ settimana (lun., mer., ven. rispettivamente al dosaggio di 400 mg+ 400 mg + 800 mg).

Criteri di inclusione allo studio prevedevano esecuzione esami ematochimici, ECT add, diagnosi secondo DSM V. Criteri di esclusione: età < 18 aa, Child C, ipersensibilità individuale accertata vs il principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti, CAD, depressione maggiore grave, pregresso TS.

A tutti i pz, previo consenso informato, è stato somministrato disulfiram (Antabuse dispergettes 400 mg) 3 volte/settimana al dosaggio di 400 mg + 400 mg + 800 mg.

9 pz erano in trattamento con SSRI per S. depressiva; 1 pz con disturbo bipolare in terapia con stabilizzatore dell'umore edSSRI; 2 pz presentavano rispettivamente steatosi alcolica e associazione DM2 + Hy.

Risultati

Nella ns esperienza i pz sono rimasti in astensione per 242 gg con una media di 134 gg permettendo ai pz di:

- riabituarti a vivere senza alcol
- guadagnare tempo per riconquistare fiducia in ambito familiare e lavorativo
- trarre benefici dalle altre terapie

L'astensione ha consentito di frequentare le riunioni di AA, CAT ecc rinforzando il senso di appartenenza al gruppo.

Abbiamo avuto una recidiva e una ricaduta; nel primo caso, il pz aveva assunto alcol con solo una lieve reazione; per tale motivo si è incrementata la posologia del farmaco (800 + 800 +1200 mg).

Nel secondo caso, dopo un breve ciclo di colloqui psicologici di supporto e motivazionali, si è ripristinata l'erogazione del farmaco dopo astensione di almeno 72 h.

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

Rimangono punti aperti:

- Impianto sc con preparazione a lento rilascio
- Somministrazione depot

L'impianto sc del disulfiram è stato descritto per la prima volta nel 1968 (3). L'efficacia dell'impianto rimane peraltro discutibile dovuta sia alla impossibilità di monitorare i livelli ematici di disulfiram che alle complicanze, quali deiscenza della ferita e rigetto (4,5). Uno studio turco (6) ha suggerito l'impianto di disulfiram nel piano intramuscolare subscapolare senza complicanze e con possibilità di reimpianto dopo 1 aa.

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

Bibliografia

1. Goldstein et al. Inhibition of dopamine beta-hydroxylase by disulfiram. *Life Sci* 3:763-767,1964
Karamanakos et al. Differentiation of disulfiram effects on Central catecholamines effects and hepatic ethanol mtabilism. *Pharmacol Toxicol* 88(2):106-110, 2001
2. Wright C, Moore RD. Disulfiram treatment if alcoholism. *Am J of Med* 88:647-655, 1990
Hughes JC, Cook C. The efficacy of disulfiram-a review of outcome studies. *Addiction* 92:381-396,1997
3. Brewer C, Meyer RJ. Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? *CNS Drugs* 14:329-41, 2000
3. Kellam AM et al. Disulfiram implantation for alcoholism. *Lancet*1968;1:925-6
4. Malcolm MT, Madden JS. The use of disulfiram implantation in alcoholism. *Br J Psychiatry* 1973; 123:41-5
5. Johnsen J et al. A double-blind placebo controlled study of male alcoholics given a subcutaneous disulfiram implantation. *Br J Addict* 1987; 82:607-13
6. Billur S et al. Disulfiram implantation for the treatment of alcoholism: clinical experiences from the Plastic Surgeon's point of view. *Arch Plast Surg* 2014; 41:571-575

1.15

CARCERE, SEZIONE PROTETTA: TRA MALTRATTAMENTO AGITO E PROBLEMI DI SOSTANZE PRESA IN CARICO, TRATTAMENTO E POSIZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA DI FRONTE ALL'AGITO VIOLENTO

Pavese D.*[1]

[1] *Asl 4 Chiavarese - Chiavari - Italy*

Sottotitolo: Una riflessione attiva sul lavoro psicologico in un Istituto Detentivo tra valutazione e trattamento, all'interno di una sezione con detenuti autori di reati violenti e abuso di sostanze

Mi pare importante provare a riflettere sulla posizione dell'operatore, etica e terapeutica, alle prese con situazioni in cui si ha a che fare con la violenza. In questo caso il potere terapeutico si pone in antitesi ai tratti onnipotenti dell'uomo che compie comportamenti violenti.

Onnipotenti poiché rappresentano spesso il contraltare a vissuti di impotenza, inadeguatezza, solitudine, che l'uomo fa fatica a circoscrivere e a renderli dicibili. Laddove ci fosse parola, probabilmente questa sostituirebbe l'agito violento.

Per violenza intendo in particolare situazioni di maltrattamento familiare, nei confronti del partner e nelle relazioni intime.

Intimate partner violence è il nome di queste situazioni specifiche in cui il perturbante si manifesta in ciò che vi è di più familiare, ovvero nel proprio partner, in un ex, o in una persona della propria cerchia intima, che inizia a mostrare in sé i tratti esplosivi e inquietanti, reazioni improvvise, comportamenti che da amorevoli si fanno insistenti, controllanti, possessivi. Violenti insomma.

Come si risponde a questa esplosione? Come la si osserva? Che tipo di intervento provare a orientare?

Per posizione etica si intende la necessità che l'operatore alle prese con la violenza abbia la capacità di comprendere e non giustificare l'autore di comportamenti maltrattanti.

La comprensione è ciò che permette un avvicinamento

all'Altro; permettergli cioè la possibilità di parola, ma a partire da un limite certo; la violenza non può essere giustificata, non può essere minimizzata.

Il paziente in questi interventi è sì l'uomo, ma il paziente invisibile in realtà è la donna, in difesa della quale è posizionata la bussola dell'intervento.

La posizione e la centratura dell'operatore sono fondamentali per non sconfinare nei rischi sempre presenti nella pratica ovvero:

- colludere con atteggiamenti minimizzanti, ovvero scivolare su una posizione troppo morbida, a coté dell'uomo, lasciandosi manipolare e sedurre da quei meccanismi di difesa insiti nella narrativa degli uomini violenti. La minimizzazione tende infatti a diminuire gli effetti del comportamento violento, la negazione porta con sé una resistenza ad ammettere, cioè ad assumersi la responsabilità critica del gesto commesso, la proiezione invece si accanisce sulla vittima, in quanto provocatoria e presunta responsabile degli accadimenti.

- Assumere atteggiamenti ideologici e repressivi. Tale posizione è spesso incarnata quando si vuole condurre troppo il paziente in una certa direzione, con un fine specifico che non è quello del paziente ma il proprio. L'angoscia dettata dall'incontro con l'Altro e dall'incontro con la violenza, intesa come effrazione dalla cifra simbolica del vivere civile, viene denegata dall'operatore che invece si sostituisce quasi ad un giudice. Inconsciamente si inizia a giudicare, silenziare, condannare, lo si vuole convincere che una strada giusta esiste ed è quella verso cui si pretende di condurre il paziente, sostituendosi a lui.

- Iniziare un'operazione sterile di eccessiva interpretazione ed ermeneutica del racconto del paziente, come una certa vulgata psicologica ha esasperato. Comprendere eccessivamente il paziente, collegare il suo comportamento violento a vissuti interiori, proporre insight troppo avanzati e concentrarsi in maniera esasperata sul mondo interno del paziente, può assumere le sembianze di un intrattenimento in un'area neutra e sterile, al di fuori dai confini inquietanti della violenza. Un modo per non intervenire insomma sull'aspetto violento.

Vi sono molte altre varianti rispetto a tali stili comunicativi, esempi degli errori più comuni che svolgono gli operatori che ascoltano l'uomo autore di violenza.

La necessità di un pensiero vivo e attento in chi ascolta ha a che vedere con la promozione dell'ascolto autentico della parola del paziente, fornendogli il credito giusto rispetto alla possibilità di cambiamento e l'orientamento continuo sul tema della violenza.

Uno dei due estremi senza l'altro, confluirebbe in una delle versioni che ho descritto, è importante riuscire a coniugare entrambe le istanze, l'espressione e il focus

sulla violenza, la necessità di avvicinarsi al punto di vista dell'Altro e l'orientamento sempre vigile sulla possibile recidiva.

In tale metafora è come se esistesse una linea che fa da continuum, in cui idealmente ogni operatore oscilla di continuo; lo sforzo è quello di tenere insieme entrambe le istanze, che coniugano la necessità di entrare nel mondo del paziente, ma senza dimenticare mai l'obiettivo per cui si è lì: eliminare la violenza, i suoi elementi scatenanti e i suoi effetti disastrosi.

La prima fase dell'intervento prevede dunque, da un punto di vista metodologico, il fatto che si possa sollevare il muro che circonda la tematica violenza. Bisogna insomma trovare un modo affinché la barriera comunicativa venga aggirata, in modo tale da avvicinarsi a quell'unicità che corrisponde alla persona in carne ed ossa che si ha davanti.

Il rischio è quello di non arrivare mai a dare un nome alla violenza. Questo invece rappresenta il nucleo dell'intervento, iniziando a lavorare sull'esplicitazione della violenza, all'inizio anche con un semplice insegnamento psico-educativo su cos'è la violenza, in cosa consiste, che effetti provoca, come riconoscerla nei suoi aspetti prodromici o apparentemente banali.

Lavorare sul campo semantico della violenza permette infatti all'inizio un percorso concentrico di semantizzazione che permette di aggirare le resistenze; non si parla della situazione specifica, ma si inizia a circoscrivere il campo per cui si è lì.

La competenza dell'operatore è in campo per cogliere a che grado di motivazione sia il soggetto rispetto alla possibilità di rettifica soggettiva, ovvero fare suo il gesto violento.

Nel modello motivazionale di Prochaska e Di Clemente si dividono infatti molte fasi: dalla pre-contemplazione, alla contemplazione, alla decisione, all'azione, al mantenimento, al rafforzamento di eventuali situazioni stressogene che possono portare a ricadute.

Tale modello, nato in ambito dipendenza, ha in realtà la possibilità di essere esteso e di fornire una bussola per situazioni specifiche in grado di orientare i singoli momenti e gli obiettivi delle singole fasi.

All'inizio infatti si tratta di fare breccia nel sistema difensivo del paziente, che si trova di fronte al terapeuta non perché avverta un particolare disagio, ma spesso perché è stato obbligato da qualche istanza, da qualche familiare, o semplicemente perché ha iniziato a cogliere che teme la separazione dal partner.

Il momento in cui il partner infatti minaccia di lasciarlo, è un momento particolarmente critico che può portare a un'esacerbazione della violenza oppure ad un momento di iniziale revisione critica, per cui il soggetto ammette di aver bisogno di aiuto; certamente il rischio

che la scelta di aiuto appaia strumentale al riottenimento della posizione privilegiata nei confronti della partner è molto alto, ma l'inizio del lavoro parte da qui. Per aggirare le resistenze iniziali, bisogna lasciarsi coinvolgere dalla storia del paziente, cercare di non giudicarlo e di accogliere con partecipazione i vissuti che hanno preceduto il suo agito violento, sollecitandolo a condividere le sue esperienze personali dolorose. Si parte dall'assunto che l'atto violento sia frutto non della retorica della perdita di controllo, ma in realtà rappresenti una scelta, un modo di ripristinare una certa posizione nei confronti della donna, di cui si è responsabili.

Spesso attraverso la tecnica della moviola, ovvero la richiesta di farsi descrivere il climax che caratterizza l'escalation violenta si coglie che vi è un momento in cui questa termina; forse all'ottenimento del silenzio della donna, forse quando questa inizia a piangere. Allora con ciò si inizia un lavoro decostruttivo; "forse non hai perso il controllo, altrimenti continueresti all'infinito, invece ti sei interrotto proprio in quel momento lì...ma perché proprio lì? Cosa stava succedendo? Che reazione avevi creato nella donna?..."

Sempre utilizzando la tecnica della moviola, si può anche lavorare sugli stereotipi di genere che concorrono ad alimentare posizioni maschiliste, sessiste, o comunque di dominio e conseguente sudditanza della donna. Ad esempio, lo sbattere la porta dell'auto della donna e la successiva reazione brutta dell'uomo, che interviene con uno schiaffo, può essere letto come segno di sfida o mancanza di rispetto. Allora, ingaggiandosi col paziente violento, si inizia a semantizzare il campo del rispetto: "Cos'è per te rispetto? Facendo così hai ottenuto paura... Per te sono la stessa cosa? Il rispetto è sentirsi sempre accontentato oppure è qualcosa di diverso? Se succedesse a te, come reagiresti?"

Gli uomini si situano tutti contro la violenza in maniera universale, il problema è renderli vigili rispetto alle situazioni insidiose, subdole, a quelle in cui la violenza si maschera nella normalità degli equilibri stereotipati di genere, per cui la donna appare come sottomessa e la cultura patriarcale si legittima come l'unica possibile. Tale lavoro in qualche modo coinvolge la parte alessitimica del paziente che è caratterizzato da una sorta di buco nero rispetto alle sue intenzioni precedenti e successive al carattere violento; il lavoro di mentalizzazione invece mira a riempire tale vuoto di significazione, vera area traumatica del paziente, con un lavoro di alfabetizzazione emotiva.

Avvicinare gradualmente il paziente al riconoscimento dei suoi vissuti, dei suoi bisogni, l'impellenza di tali questioni, i sentimenti di vergogna e di inadeguatezza che lo portano a scatenare esplosioni di rabbia e di

controllo, è un lavoro certosino e che va svolto rispettando i tempi e i modi del soggetto, altrimenti vi sarebbe il rischio di perderlo, di bruciare i miglioramenti, o addirittura di farlo scatenare nella forma di un nuovo agito, laddove si sentisse troppo contrariato o troppo arrabbiato nell'incontro con le sue fragilità.

Nella prima fase del trattamento è necessario trasmettere messaggi di contrasto all'uso della violenza; in tale fase può essere d'aiuto l'ausilio di messaggi-Io, ovvero il ribaltamento nella situazione di potere tra chi sa e chi non sa.

È l'operatore che ammette la sua incapacità a destreggiarsi nell'ambito violenza e immette il proprio punto di vista nella situazione raccontata dal paziente, notando altre sfaccettature, nuovi punti di vista, immettendo sulla scena della violenza altre implicazioni, tenendo conto della presenza eventuale di altre persone.

È l'operatore che dichiara di avere un problema: non capire come si possa essere arrivati all'esplosione della violenza e chiede aiuto al paziente in modo che questi gli faccia ripercorrere la via che l'ha portato all'agito, dandogli dunque anche la capacità eventuale di padroneggiamento della situazione e un senso di auto-efficacia nel poterlo eventualmente evitare in futuro.

Sostenere l'auto-efficacia significa fare leva sulle risorse dell'altro, adottando un atteggiamento ottimista circa la possibilità di interrompere i comportamenti abusivi. Se il soggetto si sente in grado, allora può mettere in campo strategie e comportamenti nuovi, avendo fiducia nelle sue possibilità trasformative.

Per evocare il cambiamento, bisogna creare una sorta di dissonanza cognitiva tra l'attuale stato e ciò che la persona potrebbe diventare; si tratta di aprire degli scenari possibili su cui il soggetto possa impegnarsi, in cui possa specchiarsi, facendo leva su obiettivi costruibili. Una leva motivazionale molto forte è spesso il discorso riferito alla filiazione e al senso di riparazione; spesso nel modello transgenerazionale della violenza, può risultare di forte impatto emotivo e motivazionale racchiudere la questione nel fatto "Voglio diventare un padre migliore? Come posso fare?".

Spesso la questione diventa quella di diventare un padre diverso dal padre che si ha avuto, svolgendo un lavoro di distanziamento dal portato ereditario che risulta come lascito tra le generazioni.

Il modello paterno si ripete e plasma gli stili e i comportamenti del figlio, sia che si tratti di imitazione, che di sviluppo di valori e norme, sia che si tratti di identificazioni maschili.

Tale lavoro di rottura con la propria storia rappresenta spesso un momento particolarmente incisivo nella logica del trattamento, un momento di iniziale separazione rispetto all'aver introiettato un modello che si ripete in

maniera inconscia e automatica.

Dunque mettersi in moto in quanto genitore, per permettere al proprio figlio un'esperienza diversa, evitare di trasmettere anche al proprio figlio il ciclo della violenza e gli effetti devastanti di questa, significa iniziare a cogliere il portato distruttivo che la violenza ha avuto nella propria vita e impegnarsi a fare qualcosa affinché ciò non si ripeta.

Vi sono alcune accortezze che paiono indispensabili nell'approcciarsi a tale tipologia di pazienti. Il cambiamento auspicabile va infatti evocato, praticando un ascolto autentico in cui l'operatore cerca di arrivare a sottolineare i vissuti più intimi che concorrono a creare il comportamento violento.

In tale modello l'adulto maltrattante pare un soggetto vulnerabile che spesso passa la vita incollandosi relazionalmente al partner.

La prevaricazione, il dominio, la minaccia e il bisogno di controllo possono rappresentare difese maniacali, modelli rigidi e stereotipati che in realtà nascondono una vergogna di fondo; il bisogno di dipendenza.

L'uomo è costitutivamente dipendente dall'altro, all'inizio della vita ciò è incarnato dal care-giver, ovvero dalla madre; alcuni psicoanalisti affermano che il maltrattante mal tollererebbe la libertà dell'altro, così come nella storia infantile avrebbe traumaticamente vissuto il momento in cui la madre si è orientata su altro da lui. Arriva infatti una fase costitutiva nell'essere umano, quando si è bambini, in cui la madre, in quanto donna, lo frustra, riferendosi anche ai suoi bisogni di realizzazione e avendo altre relazioni significative; un bambino che rimane fissato nella sua storia biografica al momento traumatico dell'abbandono materno, rischia di riaccutizzare tale disagio ogni volta che vivrà una sensazione affine, d'inconsistenza e di abbandono. Trasformerà l'abbandono intollerabile, in rabbia controllante e in senso di rivalsa.

L'agito violento arriverà dunque al posto di un lutto mai elaborato, poiché la struttura mentale non glielo ha permesso.

Per arrivare ad incontrare questi nuclei è allora opportuno avvicinarsi in maniera concentrica, praticando l'ascolto riflessivo, formulando domande aperte, che permettano la vasta esplorazione di aree problematiche.

L'operatore poi interviene per riassumere, concentrandosi sui punti sintonici coi cambiamenti di atteggiamento, sostenendo e confermando il paziente nei miglioramenti che sta svolgendo, sottolineandone i vantaggi sia per lui che per l'entourage familiare.

Lavoro da anni in carcere, occupandomi in particolare dell'osservazione e del trattamento di detenuti sex-offenders (per reati 600-609 c.p.), ove spesso si trovano situazioni di maltrattamento, violenza e abuso.

Ispirandomi al lavoro svolto a Bollate da colleghi, ho maturato l'idea che i colloqui in carcere, per quanto difficili e in un contesto particolare, possono essere un'occasione per l'inizio di una potenziale revisione critica. In effetti il mio mandato è proprio questo; valutare se esiste o un ravvedimento virtuoso rispetto alle problematiche che hanno portato il soggetto a delinquere, dunque si vi sono stati quei due passaggi soggettivi che vengono definiti accountability e responsibility.

Sono due livelli di soggettivazione dell'esperienza detentiva per cui il detenuto innanzitutto inizia ad ammettere che il reato ciò che lo ha condotto in carcere con una sentenza definitiva è proprio capitato a lui, anzi è stato lui in prima persona a commetterlo.

Il livello più profondo è poi l'accettazione dell'idea di aver avuto una preponderante parte in gioco in ciò che si ha commesso, ritrovando i fili motivazionali, il movente, la propria proattività e i vantaggi primari e secondari in ciò che è stato agito penalmente.

Questo momento così decisivo nell'incontro col detenuto, quello di un'eventuale rettifica, può avvenire come no, è una sorta di epifania che l'operatore deve sempre perseguire, anche se il confrontarsi con questa verità di fondo, ovvero la propria parte in gioco, provoca sicuramente una destabilizzazione nel detenuto.

Vi è infatti nuovamente un confronto con l'area traumatica che ha provocato a suo tempo la scissione e il passaggio all'atto violento; usando una metafora dunque i momenti di consapevolezza rispetto a ciò che è stato commesso ai danni della vittima hanno un andamento carsico, in alcuni momenti salgono in superficie per poi ritornare nell'oblio.

Ma tale movimento è già importante perché sottolinea il lavoro del soggetto nell'assimilare la vicenda biografica in una narrazione questa volta veramente coerente e non utilizzando i meccanismi di difesa di diniego.

Importante per l'operatore è pensare di essere iscritto nella relazione col detenuto in una sorta di triangolo simbolico, i cui vertici sono composti dallo psicologo, dal detenuto e dalla verità giudiziaria.

Quest'ultima fa da limite, da argine vivo a tutti i racconti e le letture del detenuto, dando un ancoraggio simbolico al colloquio; non si è infatti testimoni di un semplice discorso, bensì si ha un incarico rispetto alla legge che a sua volta si è già espressa rispetto ad un certo accadimento.

L'aspetto del terzo, della legge, garantisce infatti l'occasione di uno spazio simbolico di confronto, normato dalla parola e al riparo da miraggi narcisistici o occasionali perdite di confini di ruolo.

Dunque la stessa valutazione dell'esperto diventa una palestra in cui si misurano le questioni fondamentali

del detenuto.

Un'attività che potrebbe essere meramente oggettivante e anonima, diventa invece l'occasione di un incontro e una possibilità trasformativa.

L'Ordinamento Penitenziario prevede infatti l'obbligatorietà per un anno consecutivo dell'Osservazione dell'esperto ex. Art. 80 per le fattispecie di reato contenute nell'art. 4 bis; tale momento può essere ricercata positivamente dal detenuto in quanto fonte di possibili sgravi (permessi premio, misure alternative alla detenzione), ma essere dunque contaminato da istanze manipolative e seduttive, per cui alcuni detenuti si atteggiavano in maniera idilliaca in quanto estranei ai fatti a loro ascritti, oppure si accaniscono acriticamente contro un terzo (la giustizia, l'Avvocato) che non li avrebbe tutelati abbastanza.

A volte mi è capitato che a fronte di un mio parere negativo per un tal detenuto in sede di GOT (Gruppo Osservazione e Trattamento,) vi sia poi stata una maggiore autenticità e apertura dello stesso, che ha iniziato a mettersi in causa.

È il caso ad esempio di un uomo cocainomane, che solo dopo il rifiuto della detenzione domiciliare, ha iniziato a poter parlare con rabbia della deriva che la cocaina gli aveva fatto prendere, rimettendolo in contatto con un'idea di mascolinità troppo simile a quella di suo padre. Il padre infatti veniva spesso tradito dalle donne con cui stava, in primis dalla moglie, senza capire che in realtà lui stesso contribuiva a ciò, trattando le compagne di turno con grande superficialità e mascherando una problematica sessuale in cambio di un grande sforzo di controllo possessivo.

Solo dopo la non concessione della misura alternativa alla detenzione, tali tematiche hanno potuto fare breccia in lui e trasformarsi nel desiderio di svolgere all'uscita dal carcere un percorso comunitario per disintossicarsi e non un magico ritorno a casa, come se nulla fosse accaduto.

Certamente il lavoro dello psicologo va a smuovere e incrinare difese cristallizzate in un contesto istituzionale totale, in cui non c'è spazio per la messa in discussione; ognuno infatti ha un ruolo, dall'agente, all'educatore al detenuto protetto e quest'ultimo, a fronte di un palese pentimento rispetto alle sue condotte violente, rischierebbe nella cultura carceraria di essere minacciato e assediato dalle pressioni dell'ambiente circostante.

Rispetto a ciò, nella mia pratica, è stata fondamentale l'operazione del lavoro gruppale, a partire da sperimentazioni varie, dal teatro, all'arte-terapia, ai gruppi psico-educativi. Tali attività hanno lentamente riavvicinato il detenuto alla sua parte fredda, rimettendolo anche in contatto col vissuto dell'essere-vittima, peral-

tro conosciuto da molti nella propria vita e ribaltato nell'assunto dell'identificazione con l'aggressore.

Vittima intesa non nel senso della giustificazione, ma della comprensione; vittima di modelli relazionali disfunzionali, di carenze emotive, di dissociazione dalle componenti del legame sociale.

Riuscire a ridare un nome alle emozioni, riuscire a ricostruire una capacità di alfabetizzazione e di apprendimento delle emozioni, laddove invece prima vi era solo il controllo dell'altro inteso come oggetto nelle proprie mani, lasciar spazio ad un minimo di incertezza e insicurezza (anche negli stereotipi di mascolinità) ha permesso un iniziale vacillamento identitario, a cui non può che seguire un appoggio territoriale, con un fuori che non sia percepito né troppo angosciante né troppo minimizzante.

È qui che si giocherà la prossima partita, la costruzione di percorsi territoriali extra-murari, non imperativi, in cui offrire all'uomo uno spazio-altro, in cui possa entrare una violenza di cui poter parlare, in quanto ex-tima 1, in quanto nucleo più intimo della soggettività e allo stesso tempo manifestazione esterna eclatante.

Una violenza insomma in cui potersi riconoscere, in quanto umani, per poterne diventare responsabili.

Bibliografia

Alessandra Pauncz, *Dire di no alla violenza domestica. Manuale per le donne che vogliono sconfiggere il maltrattamento psicologico*, Franco Angeli

Alessandra Pauncz, *Da uomo a uomo. Uomini maltrattanti raccontano la violenza*, Erickson

Giacomo Grifoni, *L'uomo maltrattante. Dall'accoglienza all'intervento con l'autore di violenza domestica*, Franco Angeli

Nadia Muscialini, Mario De Maglie, *In dialogo. Riflessioni a quattro mani sulla violenza domestica*, Settenove

Aldarondo, E., & Mederos, F. (2002). (a cura di), *Men Who Batter: Intervention and prevention strategies in a diverse Society*. New York: Civic Research Institute

Amann Gainotti, M. (2008). (a cura di), *La violenza domestica. Testimonianze, interventi, riflessioni*. Roma: Edizioni Magi

Argentieri, S. (2006), "Prefazione". In Hirigoyen, M.F. (a cura di), *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*. Torino: Einaudi

Babcock, J.C., Green, C.E., & Robie, C. (2004). *Does batterers treatment work? A meta-analytic review of domestic treatment*. In *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053

Bellassai, S. (2008), *La mascolinità contemporanea*, Roma: Carocci

De Fazio, L., & Galeazzi, G.M. (2005). *Stalking: il fenomeno e la ricerca*. In *Modena Group on Stalking (a cura di), Donne vittime di stalking. Riconoscimento e modelli di intervento in ambito europeo*. Milano: Franco Angeli

De Pasquali, P. (2007). *L'orrore in casa. Psicocriminologia del parenticidi*. Milano: Franco Angeli

Deriu, M. (2004), *La fragilità dei padri*, Milano: Ed. Unicopli

Dobash, R.E., Dobash, R.P., Cavanagh, K., & Lewis, R. (2000). *Changing Violent Men*. Sage, Thousand Oaks

Dutton, D.G. (2003). *The Abusive Personality. Violence and Control In Intimate Relationship*. New York-London: Guilford Press

Fornari, U., & Delsedime, N. (2007). *Psicopatologia e criminologia dei delitti intrafamiliari*. Torino: Centro Scientifico Editore

Gondolf, E. (2001), *Batterer Intervention Systems: Issues, Outcome and Recommendations*. Thousand Oaks: Sage Publications

Giusti, G., & Bifano, M. (1996). *L'omicidio in Famiglia a Roma dal 1990 al 1995 attraverso le sentenze delle Corti d'Assise e la cronaca del Messaggero*. In *Rivista di medicina legale*, 1407-1443.

Gelles, R.J., Staus, M.A., & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind the closed Doors: violence in American Families*. New York: Doubleday

Hirigoyen, M. F. (2006). *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*. Torino: Einaudi

Hotaling, G.T., & Sugarman, D.B. (1990). *A risk marker analysis of assaulted wives*. In *Journal of family violence*, 5;1-13

ISTAT (2007). *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Roma

Jenkins, A. (2009), *Becoming Ethical. A parallel, political journey with men who have abused*, Lyme Regis: Russel House Publishing

Kellerman, A.L. (1993). *Gun Ownership as Risk factor for homicide in the home* In *New England Journal of Medicine*, 329

Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality disorder*. New York: Guilford Press

McFarlane, J., Campbell, J., Wilt, S., Sachs, C., Ulrich, Y., & Zu, X. (1999). *Stalking and intimate partner femicide*. In *Homicide Studies*, 3, 300-316

Kaufman, M., (1985). *The Construction of Masculinity and the Triad of Men's Violence*, in M. Kaufman, ed. *Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change*, Toronto: Oxford University Press

Merzagora Betsos, I. (2009). *Uomini violenti*, Milano, Raffaello Cortina

Morelli, T. M., Elliot, J. D., Murphy, C.M., & Taft, C.T., (2003). *Cognitive Behavioral and supportive group treatment for partner-violent men*. In *Behavior therapy*, 34,

77-95

Morini, P. (2001). *La cura dell'orco. Strategie d'intervento rivolta ai detenuti per reati a sfondo sessuale*. Padova: Edizione Sapere

Murphy M. C., Maiuro D.R., (2009), *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner Violence*, New York, Springer Publishing Company

Piacenti, F. (2007). *Identikit degli omicidi in famiglia*. In De Pasquali, P. (a cura di), *L'orrore in casa. Psicocriminologia del parenticidi*. Milano: Franco Angeli, pp.119.

Ponti, G., & Merzagora Betsos, I. (2008). *Compendio di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina

1.16

I SERD DI TORINO E PROVINCIA E LA CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO: I RISULTATI DI UNA COLLABORAZIONE "EFFICACE" NEL TRATTAMENTO DELL'EPATITE DA HCV

Pini D.*[1], Stroffolini G.[2], Cariti G.[2], Di Perri G.[3]

[1] SC SERD ASLTO3 - Dipartimento Patologia delle dipendenze - referente Federserd Piemonte-Valle d'Aosta - Beinasco (To) - Italy, [2] Univ. di Torino - Clinica Malattie Infettive - Torino - Italy, [3] Univ. di Torino - Clinica Malattie Infettive - Torino - Italy

Sottotitolo: Lo scopo del lavoro, che rappresenta un esempio di "best practice", è quello di presentare un resoconto dei risultati ottenuti in seguito alla collaborazione tra i SERD della provincia di Torino e la Clinica delle Malattie Infettive - Università di Torino, relativamente ai percorsi di cura di pazienti HCV positivi.

Introduzione

L'epatite virale da HCV è un importante problema di salute pubblica, ma soprattutto una malattia con un importante rilievo clinico.

Negli ultimi anni i farmaci antivirali ad azione diretta (DAAs) hanno reso possibile un radicale cambiamento delle prospettive terapeutiche per i malati di epatite C, in particolare per i pazienti PWID seguiti nei SerD.

Al fine di favorire l'accesso alla cura dei pazienti, è opinione consolidata che una attiva e condivisa collaborazione tra i SerD ed i centri prescrittori di farmaci antivirali, possa favorire la predisposizione di percorsi che permettano di ottimizzare l'accesso alla cura.

Come più volte riportato in letteratura, i consumatori di sostanze con HCV devono avere la priorità nel trattamento, sia in quanto rappresentano verosimilmente il serbatoio di maggiore diffusione del virus, sia perché i farmaci antivirali si dimostrano estremamente efficaci anche in questa popolazione.

Con tale premessa, grazie alla collaborazione della Clinica delle Malattie Infettive dell'Università di Torino (che rappresenta uno dei maggiori centri prescrittori di DAAs nella Regione Piemonte), è ormai da tempo con-

solidata nella provincia di Torino, una rete di collaborazione fra i SerD delle ASL del territorio e l'Ospedale Amedeo di Savoia (sede della Clinica Universitaria). Tale collaborazione ha permesso di raggiungere risultati significativi in termini di numerosità di pazienti reclutati e di percentuali di efficacia ottenuti.

Metodi

L'attività di collaborazione fra SerD della provincia di Torino e l'ospedale Amedeo di Savoia - Clinica delle Malattie Infettive, è attiva da molti anni e nasce dalla reciproca volontà di favorire l'accesso alla cura di pazienti che, per le loro caratteristiche, hanno spesso trovato difficoltà nell'avvicinarsi ai servizi di cura.

La collaborazione non ha previsto un atto di formalizzazione ufficiale, ma può configurarsi come una iniziativa di "best practice" condivisa fra servizi.

La procedura di accesso alla terapia prevede alcune fasi, che sono stati via via semplificate per permettere più facilmente di raggiungere l'obiettivo di cura con la predisposizione di un piano farmacologico.

Nello specifico i SerD si occupano della prima fase della valutazione: counselling, anamnesi tossicologica e screening infettivologico (ove possibile, già con esecuzione di HCV-RNA e genotipo), permettono un inquadramento clinico del paziente, eventualmente completato anche da un approfondimento ecografico.

Una volta completata la valutazione SerD, viene eseguita una segnalazione via mail/telefonica al centro prescrittore che esita nella prenotazione di una prima visita specialistica infettivologica; i tempi di attesa sono in genere mai superiori a due settimane.

Presso l'ambulatorio ospedaliero della Clinica Malattie Infettive, viene effettuata la visita specialistica di valutazione e viene effettuata contestualmente l'elastografia epatica (Fibroscan), per valutare il grado di fibrosi.

Se sussistono i criteri di diagnosi, viene prescritta al paziente la terapia con DAAs e programmato presso l'ospedale un follow-up con un numero di visite limitato (i controlli virologici possono essere effettuati eventualmente presso il SerD di invio, preferibilmente se presente nell'organico uno specialista infettivologo).

Risultati

In questo lavoro, intendiamo sottolineare i risultati ottenuti nell'ultimo biennio 2020-2021, anche in considerazione delle problematiche relative al periodo di pandemia covid, durante il quale, come noto, si sono evidenziate importanti criticità nell'erogazioni di prestazioni sanitarie extra-covid da parte del Servizio Sanitario Nazionale, che sono esitate in lunghe liste d'attesa.

Tabella 1 – Caratteristiche della casistica di pazienti HCV inviati dai SerD

	Anno 2020	Anno 2021 (gennaio - settembre)
Casi inviati dai SerD*	122 <i>(65% del totale dei nuovi casi seguiti dal centro prescrittore)</i>	118 <i>(70% del totale dei nuovi casi seguiti dal centro prescrittore)</i>
Genotipo 1a	35%	25%
Genotipo 1b	10%	5%
Genotipo 2	10%	5%
Genotipo 3	45%	65%
Fibrosi		
F0-1	30%	50%
F2	20%	15%
F3	10%	10%
F4	40%	25%
SVR	99%	99%
Drop out	Non significativa	Non significativa

*I SerD invianti fanno parte di tutte le ASL di Torino e provincia

(fonte dati: Ospedale Amedeo di Savoia – Clinica Malattie Infettive – Università di Torino)

Nella tabella 1 indichiamo i risultati che riteniamo maggiormente significativi.

Rispetto alle caratteristiche dei risultati evidenziati, sono da sottolineare, a nostro avviso, alcuni dati particolarmente significativi:

- Nonostante le difficoltà incontrate nel periodo di pandemia (in particolare nel 2020), i SerD sono rimasti estremamente operativi, così come il centro prescrittore, con un numero significativo di pazienti inviati e trattati;
- I pazienti trattati complessivamente dal centro prescrittore nel biennio 2020-2021, provengono prevalentemente dai SerD delle ASL di Torino e provincia, con una distribuzione pressochè omogenea;
- Relativamente al genotipo, si confermano in generale le caratteristiche peculiari della popolazione tossicodipendente; da rilevare un aumento della prevalenza del genotipo 1b nel 2020, verosimilmente correlato ad un cluster;
- Le percentuali di efficacia della terapia farmacologica sono molto elevate (sustained virologic response - SVR > 99%); insignificante il drop-out dei pazienti in corso di terapia;

- I pazienti con un grado di fibrosi elevato permangono in percentuale significativa, in particolare nel 2022

Conclusioni

La collaborazione descritta in questo lavoro rappresenta una delle iniziative di “buone prassi” presenti sul territorio regionale piemontese e nazionale.

Dal punto di vista clinico, si conferma l’elevata percentuale di efficacia delle terapie antivirali DAAs nella popolazione seguita dai SerD (SVR > 95%), aspetto più volte sottolineato dalla letteratura scientifica.

In particolare è utile osservare come i pazienti portino a termine il percorso di cura nella maggior parte dei casi, essendo insignificante il numero di drop-out; tale aspetto conferma che un percorso di cura condiviso possa favorire in maniera determinante il raggiungimento degli obiettivi di cura.

Appare pertanto importante che tutte le fasi della cura (“linkage to care”, “referral”, “follow-up” ecc.) vengano definite in un progetto di collaborazione tra i SerD ed il centro prescrittore, al fine di ottimizzare la presa in carico dei pazienti e l’effettuazione della terapia, possibilmente riducendone, per quanto possibile, i tempi di attesa.

Analizzando le criticità, è evidente che nella nostra esperienza siano ancora significative le percentuali di pazienti inviati alla cura con un grado di fibrosi moderato/alto; è ipotizzabile che tale riscontro possa essere conseguente ad alcuni fattori, in particolare il ritardo nell'effettuazione dello screening per HCV e in resistenze e/o barriere che causano un ritardo nella diagnosi e nell'accesso ai percorsi di trattamento.

In conclusione, la nostra esperienza conferma che l'obiettivo di cura dell'epatite da HCV, anche in prospettiva di una eventuale eradicazione, non può prescindere dalla collaborazione attiva dei servizi sanitari coinvolti, in un'ottica di rete sanitaria che permetta una sinergia di lavoro condivisa.

Un impegno determinante sarà anche quello di ottimizzare i tempi dello screening, con l'obiettivo di fare emergere il cosiddetto "sommerso", aspetto verso il quale ci auspichiamo che il recente piano di screening nazionale per l'HCV, possa dare un contributo determinante e decisivo.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare a tutti i colleghi dei SerD delle ASL Città di Torino, ASLT03, ASLT04 e ASLT05 che proseguono a fornire il loro contributo nel favorire il trattamento dei pazienti HCV seguiti nei SERD; un ulteriore ringraziamento ai colleghi della Clinica delle Malattie Infettive – Università di Torino per la disponibilità e l'efficacia che hanno dimostrato nel collaborare con i SerD del territorio di Torino e provincia.

Bibliografia

- 1) *Dal decreto attuativo sullo Screening HCV, all'obiettivo finale "to cure": percorso condiviso e condivisibile come supporto a livello Centrale e Regionale. Documento di Consenso tra l'Istituto Superiore, il Ministero della Salute, le Società Scientifiche e l'associazione pazienti* - L.A. Kondili, M. Andreoni, S. Babudieri, M. Galli, I. Gardini, C. Leonardi, F.S. Mennini, F. Nava, A. Rossi, F.P. Russo - *Le infezioni in medicina – special 4* – 2020;
- 2) *Costo-beneficio del trattamento con i farmaci antivirali ad azione diretta nei consumatori di sostanze con epatite C: una valutazione del percorso di point of care* - F.A. Nava, L. Trevisi, A. Lucchini - *Mission, 55, anno XV, giugno 2021*;
- 3) *Barriers for HCV treatment in Italian Drug Abuse Service: Data from a multicentric observational study (SCUDO Project)* - F. A. Nava, A. Lucchini, M. Riglietta, L. Cammarata, P. Fasciani, G. Tavanti, P. Trotta, L. Trevisi - *Mission, 54, anno XIV, novembre 2020*;
- 4) *Indagine conoscitiva parlamentare in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'Epatite C: il contributo di FeDerSerD* - G. Faillace, F. A. Nava - *Mission, anno XIV, 54, aprile 2020*
- 5) AA.VV. - *Federserd Informa nr. 31* – giugno 2018

1.17

“ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY” PER IL GAMBLING DISORDER (DGA)

Ponticelli A.*[1], Corsini B.[1], Fasoli S.[1], Fiocchi M.[1], Bassanini A.[2], Galletti E.[2], Zita G.[1]

[1]ASST Fatebenefratelli Sacco - UOC Dipendenze - UOS SerD Canzio ~ Milano ~ Italy, [2]Centro MeP - Mindfulness e Psicoterapia ~ Milano ~ Italy

Sottotitolo: Esperienza dell'utilizzo dell'ACT in una psicoterapia di gruppo rivolta a pazienti giocatori nel SerD Canzio – ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano: analisi dei primi risultati (novembre 2020 - settembre 2021)

Introduzione

L'ACT (Acceptance & Commitment Therapy) è un intervento psicoterapeutico ad indirizzo cognitivo comportamentale che mira ad incrementare la flessibilità psicologica. È basato su evidenze sperimentali, utilizza strategie di accettazione e mindfulness, tecniche di modificazione del comportamento e di impegno all'azione (Hayes et al., 2006). Il SerD di via Canzio – ASST FBF-SACCO di Milano ha avviato una sperimentazione sull'utilizzo di tale modello in un gruppo rivolto a pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Durante la prima sessione di gruppo, a un mese dalla fine dell'intervento e a 3 mesi dalla conclusione del gruppo, sono stati somministrati i test Comp-Act, GCRS, CPGI, BIS-11 e SCL-90; i dati ottenuti sono stati impiegati nello svolgimento di analisi statistiche. I risultati preliminari mostrano, sebbene il campione sia ancora poco numeroso, effetti significativi in alcune aree rilevanti nel trattamento del gioco d'azzardo, come consapevolezza delle proprie azioni, apertura all'esperienza e messa in atto di azioni “value-based”; i risultati mostrano inoltre diminuzioni della sintomatologia del disturbo da gioco d'azzardo e del disagio psicologico ad esso correlato.

Premessa

L'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) è un intervento psicologico e psicoterapeutico sviluppato

all'interno di una cornice teorica e filosofica coerente e basato su evidenze sperimentali, che usa strategie di accettazione e mindfulness insieme a strategie di impegno nell'azione e modificazione del comportamento, per incrementare la flessibilità psicologica (Hayes, 2005). Per “flessibilità psicologica” si intende essere in contatto con il momento presente in modo consapevole e, qualora sia possibile, modificare o persistere in comportamenti che seguano i valori che ciascuno ha scelto come importanti. Obiettivo dell'ACT è di aiutare la persona a scegliere di agire in modo efficace in presenza di eventi interni dolorosi. La visione ACT nasce dal lavoro di Steven C. Hayes, professore di Psicologia dell'Università del Nevada, negli Stati Uniti, e rientra a pieno titolo nel movimento noto come “Terza Generazione” nel panorama delle psicoterapie cognitivo-comportamentali. Secondo l'ACT, il problema per molte persone con problematiche da gioco è l'utilizzo di metodi di coping intrinsecamente auto-invalidanti. È abbastanza normale che un adulto, nella nostra cultura, gestisca pensieri e sentimenti spiacevoli usando strategie di eliminazione, allontanamento e resistenza (Dixon & Whiting, 2015). Per molte persone questi metodi possono risultare efficaci quando le esperienze da evitare non sono così significative da interferire con il funzionamento sociale generale dell'individuo. Tuttavia, in alcuni casi, lo strumento utilizzato per evitare spiacevoli esperienze interne può risultare autodistruttivo (come ad esempio, bere o giocare d'azzardo). Inoltre diversi studi hanno prodotto prove empiriche a sostegno del fatto che più si tenta di evitare un'esperienza, più tale sforzo produce l'esperienza stessa (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006. Clark, Ball & Pape, 1991; Feldner, Zvolensky, Eifert & Spira, 2003). Ad oggi l'applicazione dell'ACT nel Gambling è in crescita.

La letteratura scientifica sull'argomento suggerisce che la consapevolezza disposizionale, coltivata dagli interventi ACT, sia correlata ad una minore gravità dei comportamenti di gioco e a minor disagio psicologico. Inoltre gli studi indicano che la relazione tra consapevolezza e disagio psicologico può essere mediata da fattori come chiarimento dei valori e flessibilità emotiva, cognitiva e comportamentale (De Lisle et al., 2012)

Campione

Il campione è composto da soggetti afferenti al SerD Canzio di Milano con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo. I soggetti, oltre alla partecipazione a questo protocollo, seguono anche il consueto percorso previsto dal Servizio. Finora si sono svolte 3 edizioni complete del gruppo.

Campione

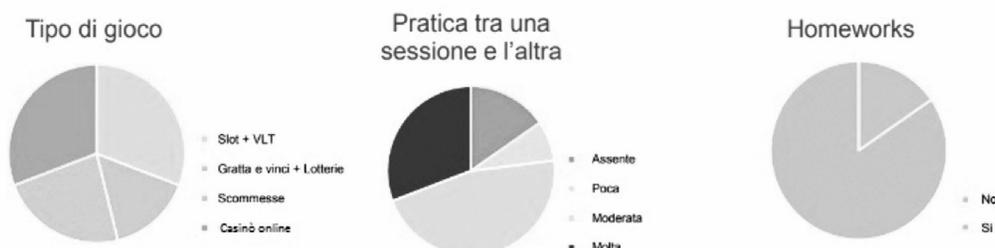


Figura 1

Il gruppo ACT è rivolto a giocatori in una fase avanzata di trattamento, dopo i primi interventi, dopo la partecipazione ad un gruppo psicoeducativo di base e al raggiungimento di una sufficiente stabilizzazione rispetto al sintomo. Criterio di esclusione è stata la presenza di condizioni psicopatologiche poco compenstate e non compatibili con l'attività di gruppo.

Il campione è costituito da 13 soggetti, 12 maschi e 1 femmina con età media di 47 anni. Un soggetto non ha terminato gli incontri di gruppo.

Rispetto alle tipologie di gioco si evidenzia che 4 soggetti utilizzavano prevalentemente Slot-Machine e Videolottery (31%), 2 persone giocavano a lotterie istantanee (15%), 4 a giochi da casinò online (31%) e 3 pazienti effettuavano scommesse (23%).

Durante il protocollo ACT quasi la metà dei soggetti (46%) ha svolto una moderata pratica degli esercizi di mindfulness tra una sessione e l'altra e gran parte dei partecipanti ha svolto i compiti a casa assegnati (85%). Per quanto riguarda l'astensione dal gioco, è emerso che il 77% dei soggetti non ha avuto ricadute durante il periodo di osservazione (Figura 1).

Metodologia

Il gruppo è stato condotto da due psicologhe dell'equipe GAP del Servizio; ha previsto 6 sessioni settimanali della durata di 1,5 ore ciascuna (primo incontro ? T0), una sessione Booster (sessione di rinforzo T1) a un mese dall'ultimo incontro e una sessione di Follow-Up (T2) a 3 mesi dall'ultima sessione settimanale.

Negli incontri venivano trattati i punti fondamentali dell'intervento ACT, in particolare:

- Modulo 1 - Dolore, Sofferenza e Controllo
- Modulo 2 - Consapevolezza e Defusione
- Modulo 3 - Passato, Futuro e Presente
- Modulo 4 - Il sé che osserva
- Modulo 5 - Cosa e chi è importante, e azioni coerenti
- Modulo 6 - Dove andiamo a partire da qui

Gli indicatori e le misure utilizzate ai fini statistici sono stati i seguenti questionari, somministrati a T0, T1 e T2:

- SCL-90 (Symptom Checklist-90)
- BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale)
- GRCS (Gambling Related Cognitions Scale)
- CompACT (Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy)
- CPGI - Canadian Problem Gambling Index.

Nel rispetto delle normative anti Covid-19, il percorso si è tenuto interamente online. L'utilizzo del canale digitale non sembra aver interferito in alcun modo con gli aspetti relazionali intragruppo né con gli operatori; l'utilizzo del video è stato invece facilitante rispetto alla possibilità di non indossare la mascherina e vedere così per intero i volti e le emozioni dei partecipanti. Nel complesso, tutti i soggetti sono stati in grado di avvalersi di questo canale; si segnala inoltre che la compilazione dei questionari in modalità online ha favorito la completezza della raccolta dei dati.

Su tutti i questionari utilizzati sono state svolte analisi statistiche tramite il software SPSS per individuare i

Risultati preliminari CompACT

Test multivariati ^a									
Effetto	Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Eta quadrato parziale	Potenza osservata ^b		
CompActBaPRE_POST	Traccia di Pillai	,744	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Lambda di Wilks	,256	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Traccia di Hotelling	2,907	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858
	Radice di Roy più grande	2,907	14,533 ^b	1,000	5,000	,012	,744	14,533	,858

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: CompActBaPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a									
Effetto	Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Eta quadrato parziale	Potenza osservata ^b		
Tot_PRE_POST	Traccia di Pillai	,562	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Lambda di Wilks	,438	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Traccia di Hotelling	1,283	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533
	Radice di Roy più grande	1,283	6,413 ^b	1,000	5,000	,052	,562	6,413	,533

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: Tot_PRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 1

Risultati preliminari GRCS e CPGI

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpRE_POST	Traccia di Pillai	.717	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Lambda di Wilks	.283	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Traccia di Hotelling	2,536	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948
	Radice di Roy più grande	2,536	17,754 ^b	1,000	7,000	.004	.948

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpPRE_POST	Traccia di Pillai	.496	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Lambda di Wilks	.504	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Traccia di Hotelling	.983	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617
	Radice di Roy più grande	.983	6,882 ^b	1,000	7,000	.034	.617

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
GCRSpPRE_POST	Traccia di Pillai	.644	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Lambda di Wilks	.356	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Traccia di Hotelling	1,809	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861
	Radice di Roy più grande	1,809	12,663 ^b	1,000	7,000	.009	.861

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: GCRSpPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
CPCI_PRE_POST	Traccia di Pillai	.800	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Lambda di Wilks	.200	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Traccia di Hotelling	4,009	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994
	Radice di Roy più grande	4,009	28,064 ^b	1,000	7,000	.001	.994

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: CPCI_PRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 2

cambiamenti che il protocollo ACT ha apportato nel campione.

Risultati

CompACT

Confrontando i risultati emersi dalla prima e dall'ultima somministrazione, è emerso un miglioramento statisticamente significativo della Behavioral Awareness (BA), ovvero nella Consapevolezza delle proprie Azioni. È inoltre stata rilevata una significativa variazione del punteggio totale, che include le aree: Apertura all'Esperienza, Consapevolezza delle proprie Azioni, compimento di Azioni di Valore (Tabella 1).

GRCS e CPGI

È stata rilevata una significativa modificazione nelle seguenti aree del questionario GRCS: aspettative legate al gioco d'azzardo e controllo predittivo; è inoltre emerso un cambiamento nel punteggio totale. È stato altresì individuato un miglioramento statisticamente significativo anche nei punteggi del Canadian Problem Gambling Index (CPGI), utilizzato per identificare la gravità della sintomatologia (Tabella 2).

Risultati preliminari BIS-11

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11bPRE_POST	Traccia di Pillai	.511	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Lambda di Wilks	.489	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Traccia di Hotelling	1,046	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643
	Radice di Roy più grande	1,046	7,320 ^b	1,000	7,000	.030	.643

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11bPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11cPRE_POST	Traccia di Pillai	.728	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Lambda di Wilks	.272	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Traccia di Hotelling	2,674	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958
	Radice di Roy più grande	2,674	18,719 ^b	1,000	7,000	.003	.958

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11cPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

BIS-11

È stata individuata una modificazione significativa nelle aree: attentiva, che include attenzione e stabilità cognitiva; impulsività motoria, che racchiude la attivazione motoria e la perseveranza; di non pianificazione, che consiste in autocontrollo e complessità cognitiva (Tabella 3).

SCL-90

È stata rilevata una significativa modificazione nelle aree: ipersensibilità interpersonale, depressione, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide (Tabella 4).

Discussione e conclusioni

L'intervento di gruppo ACT di 6 sessioni ha potenziato un fattore che ha un ruolo nucleare nel Disturbo da Gioco d'Azzardo: la consapevolezza delle proprie azioni. Essere consapevoli di sé e dei propri comportamenti permette di scegliere quali azioni compiere e, come mostrato dalla letteratura esistente, un giocatore consapevole può presentare una sintomatologia ridotta, nonché inferiori livelli di disagio psicologico (De Lisle et al., 2015).

A sei mesi dall'inizio dell'intervento ACT si rileva una significativa riduzione della sintomatologia in alcune

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^c
BS11dPRE_POST	Traccia di Pillai	.664	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Lambda di Wilks	.336	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Traccia di Hotelling	1,976	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888
	Radice di Roy più grande	1,976	13,829 ^b	1,000	7,000	.007	.888

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: BS11dPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 3

Risultati preliminari SCL-90

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90sPRE_POST	Traccia di Pillai	.538	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Lambda di Wilks	.462	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Traccia di Hotelling	1,165	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689
	Radice di Roy più grande	1,165	8,156 ^b	1,000	7,000	.024	.689

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90sPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90depPRE_POST	Traccia di Pillai	.472	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Lambda di Wilks	.528	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Traccia di Hotelling	.893	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576
	Radice di Roy più grande	.893	6,248 ^b	1,000	7,000	.041	.576

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90depPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90hosPRE_POST	Traccia di Pillai	.442	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Lambda di Wilks	.558	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Traccia di Hotelling	.791	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527
	Radice di Roy più grande	.791	5,539 ^b	1,000	7,000	.051	.527

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90hosPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90phobPRE_POST	Traccia di Pillai	.431	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Lambda di Wilks	.569	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Traccia di Hotelling	.759	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510
	Radice di Roy più grande	.759	5,310 ^b	1,000	7,000	.055	.510

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90phobPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Test multivariati ^a							
Effetto		Valore	F	CI dell'ipotesi	CI errore	Sig.	Potenza osservata ^b
sc90parPRE_POST	Traccia di Pillai	.547	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Lambda di Wilks	.453	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Traccia di Hotelling	1,206	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704
	Radice di Roy più grande	1,206	8,440 ^b	1,000	7,000	.023	.704

a. Disegno: Intercetta
Disegno entro soggetti: sc90parPRE_POST
b. Statistica esatta
c. Calcolato utilizzando alfa = .05

Tabella 4

aree che evidenziano la presenza di un disagio psicologico, quali depressione, ansia fobica, ideazione paranoide, ostilità, ipersensibilità interpersonale.

Per quanto riguarda il DGA sono diminuiti al GRCS i punteggi nelle aree del controllo predittivo e delle aspettative legate al gioco.

Coerentemente con la letteratura, che riporta effetti degli interventi ACT sulla riduzione delle azioni impulsive (Maynard et al, 2018), i dati suggeriscono che l'intervento di gruppo abbia migliorato variabili quali autocontrollo dei soggetti, stabilità e complessità cognitiva.

Infine sono risultate delle modificazioni significative sull'apertura all'esperienza e sulla capacità di compiere azioni coerenti con i propri valori, elementi centrali nella visione ACT.

Rinforzare queste due abilità potrebbe consentire al giocatore nuove prospettive e di mettere in atto azioni più funzionali e adattive nei propri comportamenti.

In base all'esperienza fatta è emerso che i pazienti coinvolti hanno seguito il gruppo con interesse e costante partecipazione e ne hanno riconosciuto l'utilità riportando cambiamenti significativi in diverse aree della loro vita.

Prospettive future

Presso il SerD Canzio sono in corso altre edizioni del gruppo ACT e questo permetterà di ampliare la raccolta dei dati su cui svolgere ulteriori valutazioni.

Dall'esperienza fatta finora sembra possibile estendere questo tipo di gruppo anche a pazienti con altre forme di dipendenze.

Gli operatori del Servizio continueranno la formazione

che è già in corso dal 2019 con colleghi esperti in Acceptance and Commitment Therapy.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quinta edizione

Baer, R. A. (2005) *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and application*. New York Academic Press

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullina, V. (2000). *Relational frame theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis*. *The Behavior Analyst*, 23, 69-84.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). *Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy*. *JCLP/In session: Psychotherapy in Practice*, 57, 243-255.

Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). *An experimental investigation of thought suppression*. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 253-257.

De Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2012). *Mindfulness and problem gambling: a review of the literature*. *Journal of gambling studies*, 28(4), 719-739.

Dixon, M.R., Whiting, S.W., Gunnarsson, K.F., Daar, J.H. & Rowsey, K.E. (2015). *Trends in behavior-analytic gambling research and treatment*. *The Behavior Analyst*, 38(2), 179-202.

Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. & Spira, A.P. (2003). *Emotional avoidance: an experimental test of*

individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.

Harris, R. (2009) *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc. - Traduzione italiana: *Fare ACT*, ed. FrancoAngeli (2011)

Harris, R. (2012). *The reality slap: Finding peace and fulfillment when life hurts*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S.C., & Smith, S. (2005) *Get out of your mind and into your life; The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D., (2007) *Learning ACT: acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuzienski, E., & Whiting, S. W. (2018). *Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Research on Social Work Practice*, 28(3), 348–362. <https://doi.org/10.1177/1049731515606977>

Nastally, B.L., Dixon, M.R. *The Effect of a Brief Acceptance and Commitment Therapy Intervention on the Near-Miss Effect in Problem Gamblers*. *Psychol Rec* 62, 677–690 (2012). <https://doi.org/10.1007/BF03395828>

Reid, R. L. (1986). *The psychology of the near miss*. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 32–39.

Walser, R.D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic disorder and trauma-related problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Weatherly, J. N., & Dixon, M. R. (2007). *Toward an integrative behavioral model of gambling*. *Analysis of Gambling Behavior*, 1, 4-18.

Zettle, R.D. (2007). *ACT for depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

1.18

STRATEGIE DI PREVENZIONE SECONDARIA PER LA DIAGNOSI DI HCV PRESSO IL SERD DI BERGAMO

Pratico L.*[1], Corbetta A.[1], Pisoni C.[1], Vaiarini M.[1], Plebani G.[1], De Cristofaro M.S.[1], Donadoni P.[1], Groppa F.[1], Riglietta M.[1]
[1]ASST Papa Giovanni XXIII, UOC Dipendenze, SerD Bergamo - Bergamo - Italy

Sottotitolo: Nel 2020-21 il SerD di Bergamo ha attivato diverse iniziative per contribuire alla lotta contro l'HCV: il potenziamento dello screening per le malattie sessualmente trasmesse presso il servizio e in strada (progetto Go On Safe) e il progetto HAND con test rapido per HCVRNA, ottenendo importanti risultati in termini di diagnosi dell'infezione.

Introduzione

L'uso di sostanze per via endovenosa rappresenta il principale fattore di rischio per l'infezione da HCV sia in Europa che negli Stati Uniti. La prevalenza di positività sierologica di HCV nei PWID (persone che usano sostanze per via endovenosa) è stimata essere superiore all'80% in Italia (1). I primi anni dopo l'inizio dell'uso di sostanze per via endovenosa determinano un rischio del 40% di acquisire l'infezione da HCV (2). Questa popolazione rappresenta un importante serbatoio per la perpetuazione dell'epidemia da HCV e l'assenza di un vaccino efficace per prevenire l'infezione, rende sempre più rilevanti altri mezzi di prevenzione dell'infezione, quali le strategie di riduzione del danno (es. educazione e distribuzione di siringhe sterili) (3) e le campagne di screening per la diagnosi e trattamento precoce dell'infezione (4,5). Agire sulla popolazione dei pazienti PWID è chiave per il raggiungimento dell'obiettivo dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) di eradicazione dell'HCV entro il 2030 (6). I servizi per le dipendenze (SerD) sono quindi un attore fondamentale per l'implementazione di queste strategie.

L'uso di test rapidi per la diagnosi dell'infezione (finger test per HCV Ab/anticorpi e HCVRNA GeneXpert) (7), rappresenta un supporto prezioso per questa categoria di pazienti, sia per le difficoltà pratiche nell'esecuzione del prelievo venoso, sia per la ridotta compliance degli

stessi pazienti. Inoltre, la possibilità di somministrare il trattamento antivirale specifico con DAA (direct-acting antiviral) direttamente al SerD, permetterebbe di superare ulteriori barriere di accesso per questa popolazione chiave.

Questo lavoro ha lo scopo di presentare gli sforzi che sono stati messi in atto nell'ultimo anno e mezzo presso il SerD di Bergamo in risposta alla chiamata del nostro paese per contribuire agli obiettivi di eradicazione di HCV.

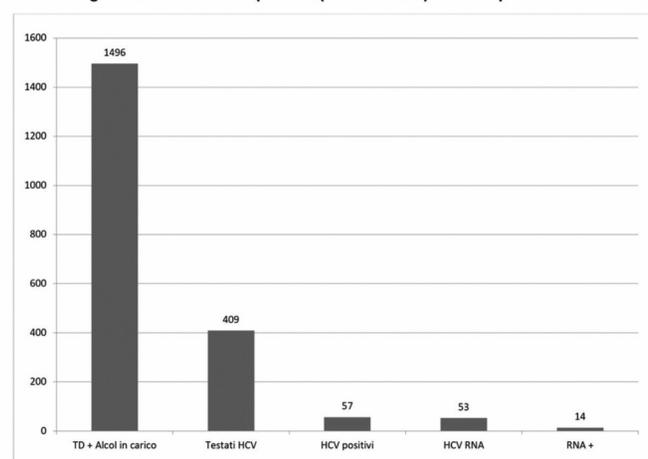
Metodologia

Potenziamento dello screening per infezioni sessualmente trasmesse e progetto "Go on Safe":

Vista la difficoltà a identificare e trattare questa popolazione difficile, una serie di iniziative sono state messe in atto al SerD di Bergamo per la riduzione delle comorbidità infettive nei consumatori di sostanze. La prima, avviata nel 2020, è stata il potenziamento dello screening delle malattie infettive e sessualmente trasmesse (infezione da HIV, epatiti e lue) a tutti i pazienti che accedono al SerD. Parallelamente è stato sviluppato il progetto "Go on Safe" che ha esteso tale screening ai consumatori di sostanze non in carico al SerD, mediante test eseguiti in unità mobile per strada. Tale progetto ha visto la collaborazione tra il SerD e la Cooperativa di Bessimo.

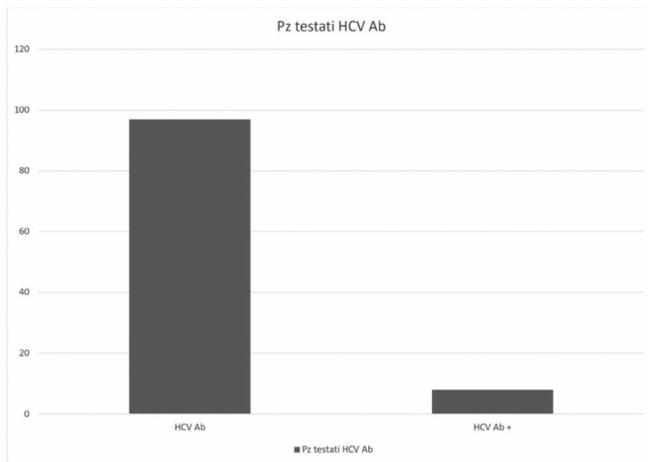
I risultati del potenziamento dello screening presso il servizio hanno evidenziato una prevalenza di anticorpi anti HCV di 13,9% (figura 1). Tra i testati per HCVRNA, il 26,4% sono risultati positivi con necessità di essere inviati al trattamento.

Figura 1. Pazienti testati per HCV (Ab e HCVRNA) nel 2020 presso il SerD



Molti di questi pazienti (circa il 30-40%) da statistiche di altri SerD in Italia (8) vengono persi al follow-up ancora prima di iniziare il trattamento poiché disertano gli appuntamenti presso i centri di trattamento. Per questo motivo, l'introduzione della possibilità di pre-

Figura 2. Pazienti testati per HCV Ab progetto "Go On Safe"



potrebbe ridurre sensibilmente queste barriere. I pazienti testati attraverso l'unità mobile sono stati 97 di cui 8 positivi, come mostrato in figura 2.

Progetto "HAND"

Vista la difficoltà a testare questa categoria di pazienti attraverso un prelievo di sangue venoso classico, il SerD di Bergamo ha implementato a partire da giugno 2021 una campagna pilota di screening (progetto HAND promosso da LetsCom con il contributo di Abbvie) tramite test rapido per l'identificazione di HCVRNA, con l'uso di GeneXpert Cepheid presso il servizio.

È stata estrapolata dal database elettronico una lista di pazienti in trattamento sostitutivo presso il nostro servizio che non venivano testati per HCV (Ab e HCVRNA) da giugno 2020. Al momento della somministrazione del sostitutivo, momento in cui i pazienti si presentano regolarmente, al paziente in lista veniva proposto il test rapido ed eventualmente eseguito.

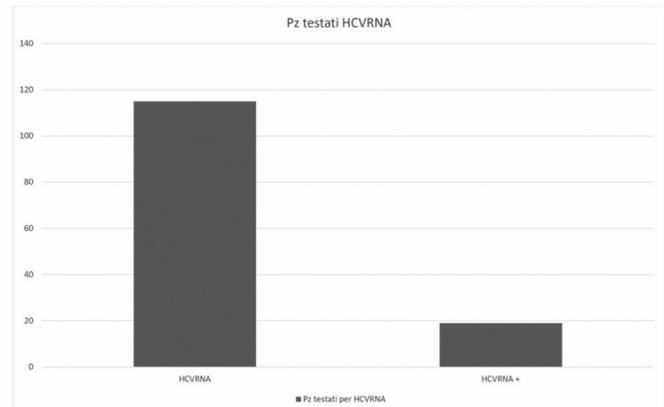
Il risultato veniva poi restituito al paziente al suo accesso successivo e, in caso di positività, veniva inviato al trattamento presso i reparti di Malattie Infettive o Gastroenterologia.

Nel mese di Giugno 2021 in 28 ore di lavoro totale, sono stati testati 115 pazienti di cui il 16,5% sono risultati positivi come mostrato nella figura 3.

Discussione e conclusione

Lo screening delle patologie correlate rientra a pieno titolo nel 4° pilastro delle politiche europee sulle dipendenze (riduzione del danno) più volte richiamata in molteplici documenti sia dell'ufficio europeo dell'OMS, sia dall'EMCDDA (9,10). Questi interventi hanno sicuramente contribuito a identificare ed inviare al trattamento una proporzione di soggetti a rischio che altrimenti non sarebbero stati identificati, in un'ottica di salute individuale ma anche di sanità pubblica. La

Figura 3. Pazienti testati per HCVRNA GeneXpert Cepheid progetto "HAND"



non solo di identificazione di soggetti infetti ma anche di prevenzione primaria e riduzione del danno sensibilizzando questa popolazione vulnerabile sulle strategie di prevenzione delle malattie infettive in questi contesti. L'attivazione dello screening pilota con test rapido HCVRNA ha confermato una prevalenza piuttosto alta di infezione da HCV attiva tra gli utenti del nostro servizio. Inoltre comparando il tempo speso per eseguire un normale prelievo (288 prelievi in circa 200 ore) con il tempo speso per eseguire un finger test per HCV RNA (115 prelievi in 28 ore), possiamo stimare un notevole risparmio di risorse del servizio. La possibilità di testare al momento della somministrazione rappresenta non solo un'importante strategia di prevenzione secondaria, ma allo stesso tempo un'occasione di interventi di educazione sanitaria sulla tematica attraverso il counselling.

I risultati ottenuti con i progetti descritti hanno portato il nostro servizio a voler rafforzare il lavoro fatto finora con un ulteriore progetto: "il progetto SOS (Screening on SerD)"

Il progetto, promosso da Improve con il supporto di Gilead, prevede una campagna estesa di screening a tutti i pazienti in trattamento sostitutivo che accedono al SerD e alla popolazione generale (caregivers, parenti dei pazienti) e la creazione dei presupposti per cui il percorso che porta alla diagnosi e alla gestione del paziente consumatore di sostanze positivo per HCV avvenga all'interno dei SerD.

Lo screening prevede l'uso di finger test per HCV Ab e HCVRNA mediante GeneXpert Cepheid. Circa 400 pazienti sono già stati identificati per lo screening. Ai pazienti che risulteranno positivi verrà direttamente proposto il trattamento specifico con DAA al SerD di Bergamo, ovviando alla necessità di recarsi presso un centro specializzato per la terapia, riducendo enormemente il rischio di perdita al follow-up e avendo la possibilità di monitorare direttamente l'assunzione del trattamento

che a seconda del caso potrà essere dato in affido mensile o somministrato in regime DOT (directly observed therapy).

Bibliografia

1. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011 Aug 13;378(9791):571-83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0. Epub 2011 Jul 27. PMID: 21802134; PMCID: PMC3285467.
2. Maher L, Jalaludin B, Chant KG, Jayasuriya R, Sladden T, Kaldor JM, et al. Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*. 2006;101(10):1499-1508.
3. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Mabileau G, Dhersin JS, Yazdanpanah Y. Effectiveness and cost-effectiveness of interventions targeting harm reduction and chronic hepatitis C cascade of care in people who inject drugs: The case of France. *J Viral Hepat*. 2018 Oct;25(10):1197-1207. doi: 10.1111/jvh.12919. Epub 2018 May 9. PMID: 29660211.
4. National Academies of Sciences, committee on a national strategy for the elimination of hepatitis B and C, board on population health and public health practice: a national strategy for the elimination of hepatitis B and C: phase two report. Washington, DC: National Academies Press; 2017.
5. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy. *Clin Infect Dis*. 2013;57(Suppl 2):S39-S45.
6. World Health Organization 2017 - Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region
7. <https://www.cepheid.com/en/tests/Virology/Xpert-HCV-Viral-Load>
8. https://www.progettopiter.it/Repository/News/CCU-RIAMO_2020-03-10.pd
9. EMCDDA 2019: Hepatitis C new model of care for drug services - https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/hepatitis-c-new-models-care-drugs-services_en
10. WHO 2020 - Compendium of good practices in the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region ISBN 9789289055161

1.19

IL PAZIENTE AFFETTO DA DISTURBO DA USO DI OPIACEI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOSTITUTIVO È DISPONIBILE A MODIFICARE LA SUA ATTUALE TERAPIA CON UNA NUOVA FORMULAZIONE DI BUPRENORFINA? ESPERIENZA DEL SERD DI MARTINA FRANCA, ASL TARANTO

Quaranta M.R.*[1], Ariano V.[2]

[1]Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Taranto - Taranto - Italy, [2]- Italy

Sottotitolo: Con il sopraggiungere delle nuove formulazioni di buprenorfina (film; rilascio prolungato e impianto sottocutaneo), abbiamo valutato con l'ausilio di un questionario, la disponibilità del singolo paziente affetto da Disturbo da Uso di Oppiacei in trattamento farmacologico sostitutivo a modificare l'attuale terapia con una nuova formulazione.

Il Disturbo da Uso di Oppiacei (OUD) prevede un trattamento multidisciplinare che associa quello farmacologico a interventi psico-socio-riabilitativi.

Attualmente in Italia il trattamento farmacologico per la cura del OUD prevede l'utilizzo di diversi farmaci fra cui il metadone cloridrato sciroppo in forma racemica, il L-metadone, la buprenorfina e l'associazione di buprenorfina/naloxone in compresse sublinguali.

Tali trattamenti farmacologici seppur efficaci nel ridurre il tasso di mortalità da overdose, di malattie infettive legate al consumo di eroina e anche eventuali conseguenze negative sul piano sociale, possono presentare alcuni limiti.

Infatti, lo stigma sociale dovuto alla frequenza continua dei Servizi per le Dipendenze, le conseguenze cliniche correlate al misuso e alla diversione dei farmaci oppioidi, la necessità di una ravvicinata se non quotidiana supervisione dell'assunzione della terapia prescritta, la difficoltà di conciliare gli impegni di vita e

di lavoro dei pazienti con quelle clinici e a volte, una ridotta aderenza al trattamento terapeutico hanno determinato in alcuni casi una diminuita compliance al trattamento indicato.

È noto che da qualche anno sono disponibili nuove formulazioni di buprenorfina, che si aggiungono all'offerta terapeutica già presente, come opzione farmacologica al trattamento del OUD e che sembrano essere promettenti per superare e/o migliorare alcune caratteristiche delle attuali formulazioni presenti in commercio.

Le nuove formulazioni sono rappresentate da:

- Buprenorfina/naloxone film, disponibile in formulazioni con dosaggio di 2 mg/0,5 mg e 8 mg/2 mg. La formulazione in film aderisce in pochi secondi alla mucosa sublinguale o orale e dopo 30-60 secondi è difficile da rimuovere, riducendo così anche i tempi di supervisione. Ha un tempo di dissolvimento molto inferiore rispetto alla formulazione in compresse e ridotto rischio di diversione o misuso del farmaco.

- Buprenorfina a rilascio prolungato settimanale e mensile, disponibile a dosaggi multipli (8 mg, 16 mg, 24 mg, 32 mg per la formulazione settimanale e 64 mg, 96 mg, 128 mg per quella mensile), potrà essere somministrata esclusivamente da personale sanitario attraverso una siringa precaricata nel tessuto sottocutaneo ed è stata progettata per fornire un rilascio prolungato nel tempo di farmaco in modo da raggiungere e garantire livelli terapeutici plasmatici efficaci equivalenti a quelli della formulazione in compresse sublinguali.

- Buprenorfina impianto sottocutaneo, progettata per garantire un rilascio prolungato di farmaco nel tempo fino a 6 mesi per pazienti che necessitano di una posologia/die di buprenorfina non superiore a 8 mg.

Il rilascio prolungato si ottiene attraverso l'impianto nel tessuto sottocutaneo (a livello del braccio) di quattro microcapsule, appositamente sviluppate, per garantire un rilascio costante di farmaco. Esso contiene 74,2 mg di buprenorfina dispersa in una matrice solida di polimero di etilene vinil acetato (EVA) destinato a garantire il rilascio di buprenorfina per sei mesi. Trascorsi i sei mesi i dispositivi dovranno essere rimossi chirurgicamente e reimpiantati. Tale formulazione prevede un livello di rilascio di buprenorfina lineare e basso per sei mesi, una minore variabilità dei livelli plasmatici del farmaco rispetto alla formulazione in compresse s.l. con concentrazioni medie di buprenorfina plasmatiche fra 0,5 e 1 ng/mL.

Tabella 1. Caratteristiche del gruppo di pazienti che è disponibile a modificare la terapia in atto.

Formulazioni di buprenorfina	Numero di pazienti	In trattamento con buprenorfina/naloxone	In trattamento con metadone
Film	18	11	7
Rilascio Prolungato	15	4	11
Impianto sottocutaneo	6	2	4

Obiettivo

L'indagine svolta con l'ausilio di un questionario anonimo, contenente 9 item, ha l'obiettivo di valutare la disponibilità del singolo paziente di modificare il trattamento farmacologico in atto con una nuova formulazione di farmaco sostitutivo per la cura del Disturbo da uso di oppiacei.

Materiali e metodi

Come campione di riferimento è stato valutato un gruppo di pazienti che afferiscono al SerD di Martina Franca – Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Taranto, con diagnosi di Disturbo da uso di oppiacei da moderato a severo, secondo i criteri diagnostici del DSM5, in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone cloridrato sciroppo in forma racemica o buprenorfina/naloxone compresse sublinguali.

La popolazione analizzata comprende un totale di 50 pazienti con età media di 42 anni (min 22 anni e max 60 anni), di cui 42 maschi (età media 43 anni, min 24 anni; max 60 anni) e 8 femmine (età media 33 anni, min 22 anni e max 50 anni). 31 pazienti sono in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone cloridrato 5 mg/1mL (7 femmine e 24 maschi, posologia media di 66 mg/die) e 19 con buprenorfina/naloxone compresse sublinguali (1 femmina e 18 maschi, posologia media di 6 mg/die).

Il questionario, somministrato in forma anonima, comprende 9 item che prendono in considerazione: età; sesso; anno di primo contatto con il SerD; anno di inizio della attuale terapia sostitutiva; farmaco prescritto e sua posologia; eventuali limiti nella assunzione della terapia (rispetto degli orari di assunzione o degli appuntamenti al Servizio, la gestione a casa dell'affido, il mantenere riservata l'assunzione del farmaco o la frequenza al SerD in famiglia o al lavoro, stitichezza o aumento del peso); il co-trattamento psicologico, sociale o educativo; la conoscenza nel singolo paziente di nuove formulazioni di farmaci sostitutivi e la possibilità di modificare l'attuale trattamento con una nuova formulazione.

Risultati

Sull'intera popolazione studiata, n. 9 pazienti (18%) hanno dichiarato problemi nel rispettare gli orari di

assunzione (6 in terapia con metadone), n. 6 (12%) nel rispettare gli appuntamenti al Servizio (3 in terapia con metadone), n. 3 (6%) nella gestione a casa dell'affido (tutti in trattamento con buprenorfina/naloxone), n. 7 (14%) nel mantenere la riservatezza (tutti in trattamento con buprenorfina/naloxone), n. 12 (24%) stitichezza (9 in trattamento con metadone), n.11 (22%) aumento di peso (9 in trattamento con metadone). 22 pazienti (44%) effettuano un trattamento psico-sociale. Solo un numero limitato di pazienti n.4 (8%) conosceva le nuove formulazioni di farmaco.

Su 50 pazienti analizzati, 31 pazienti (62%) sarebbero disponibili a modificare la attuale terapia con nuove formulazioni, di cui n.19 in trattamento con metadone cloridrato (61%) e n.12 in trattamento con buprenorfina/naloxone (38%).

Analizzando la scelta di modificare la terapia per singola formulazione, i risultati mostrano che 18 pazienti (58%), di cui 11 in trattamento con buprenorfina/naloxone, sono disposti ad effettuare lo switch verso la formulazione film; 15 pazienti (46,5%), di cui 11 in trattamento con metadone, verso la formulazione a rilascio prolungato e 6 (1,8%), di cui 4 in trattamento con metadone, verso l'impianto sottocutaneo. (Tabella n.1)

Su 31 pazienti disponibili allo switch, 11 scelgono solo la formulazione film (n.6 in trattamento con buprenorfina), 9 solo quella a rilascio prolungato (8 in terapia con buprenorfina), 3 solo impianto sottocutaneo (tutti in terapia con metadone), 5 sia il film che rilascio prolungato (3 in terapia con buprenorfina), un paziente sia rilascio prolungato che impianto (in terapia con metadone), 2 sia film che impianto sottocutaneo (in terapia con buprenorfina). (tabella n.2)

Conclusioni

La popolazione analizzata, sia essa in trattamento con buprenorfina/naloxone che con metadone cloridrato, seppur numericamente limitata, ha mostrato interesse verso le nuove formulazioni soprattutto sia verso la buprenorfina film che verso quella a rilascio prolungato. (Tab.1 e Tab.2).

Le nuove formulazioni di buprenorfina rappresentano una valida alternativa terapeutica alle "vecchie formu-

Tabella 2: Formulazioni scelte e trattamento in atto.

Formulazioni di buprenorfina	Numero di pazienti	n. pazienti in trattamento buprenorfina/naloxone	n. pazienti in trattamento con metadone
Film	11	6	5
R.P.	9	1	8
Impianto s.c.	3	0	3
Film o impianto s.c.	2	2	0
Film o R.P.	5	3	2
Impianto s.c. o R.P.	1	0	1

lazioni" in quanto determinerebbero una maggiore aderenza alla terapia, una riduzione dei rischi di misuse e diversione, una riduzione dei costi, una ridotta frequenza del Servizio per le Dipendenze, una somministrazione del farmaco non quotidiana o comunque con tempi di dissolvimento rapidi (come per il film di buprenorfina).

Esse infatti sono importanti non solo perché andranno a ridurre/eliminare i limiti degli attuali trattamenti farmacologici ma anche perché potranno determinare un miglioramento della qualità della vita del paziente con trattamenti personalizzati e più adeguati al suo percorso di cura.

Una valorizzazione del percorso di cura potrebbe anche favorire la motivazione del paziente affetto da OUD verso un miglioramento dell'intervento terapeutico integrato, di tipo psicologico e sociale, che ad oggi alcune volte risulta marginale.

Bibliografia

Buprenorphine Pharmacology Review: Update on Transmucosal and Long-acting Formulations. Coe MA, Lofwall MR, Walsh SL. *J Addict Med.* 2019 Mar/Apr;13(2):93-103. doi: 10.1097/ADM.0000000000000457. PMID: 30531584; PMCID: PMC7442141.

Medication Treatment of Opioid Use Disorder. Bell J, Strang J. *Biol Psychiatry.* 2020 Jan 1;87(1):82-88. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.06.020. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31420089.

Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. Lofwall MR, Walsh SL, Nunes EV, Bailey GL, Sigmon SC, Kampman KM, Frost M, Tiberg F, Linden M, Sheldon B, Oosman S, Peterson S, Chen M, Kim S. *JAMA Intern Med.* 2018 Jun 1;178(6):764-773. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.1052. PMID: 29799968; PMCID: PMC6145749.

Opioid addiction: long-acting formulations for a long-term disorder. Kunøe N, Lee JD. *Lancet.* 2019 Feb 23;393(10173):723-724. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32428-0. Epub 2019 Feb 18. PMID: 30792006.

1.20

RIDURRE LE RECIDIVE CON BUPRENORFINA: RISULTATI DEGLI STUDI REAL WORLD COSTEDOPIA (SPAGNA) E STUDIO TEDESCO

Reimer J.*[1], Roncero C.[2], Tocco M.G.[3]

[1]Center for Interdisciplinary Addiction Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf - Hamburg - Germany, [2]Psychiatry Unit, School of Medicine, University of Salamanca; - Salamanca - Spain, [3]Medical Affairs Indivior Italia s.r.l. - Milano - Italy

Sottotitolo: Si presentano i risultati di 2 studi retrospettivi real-world (fatti in Spagna e Germania) che valutano specificamente la relazione tra dosaggio del trattamento di mantenimento (OMT) e rischio di recidiva. I risultati confermano l'associazione tra un dosaggio giornaliero più elevato di buprenorfina e un tasso inferiore di recidiva.

Introduzione

Il disturbo da uso di oppioidi (OUD) è una sindrome neurocomportamentale cronica caratterizzata da frequenti recidive, disturbi psichiatrici e infettivi spesso concomitanti, alti tassi di morbilità e mortalità e un elevato onere economico sia per l'individuo che per la società. (1-6)

Nell'Unione Europea la prevalenza dell'uso ad alto rischio di oppioidi nella popolazione adulta (15-64) è stimata al 0,35 % della popolazione europea nel 2019, e pari a 1 milione di utilizzatori di oppioidi ad alto rischio. (6)

Un'indagine trasversale condotta in Europa ha precedentemente dimostrato che, in media, i pazienti con OUD sono stati in trattamento almeno 3 volte. (7)

La terapia di mantenimento con oppioidi (OMT) è lo standard per l'OUD.

Il metadone e la combinazione di buprenorfina e naloxone sono le forme di OMT più comunemente utilizzate nell'UE. (8,9)

Precedenti studi hanno stabilito che dosaggi più elevati di OMT (ossia dosaggi di buprenorfina >16 mg/die) erano associati a una minore probabilità di recidiva. (10)

Qui presentiamo i risultati di 2 nuovi studi retrospettivi real world (condotti in Spagna e Germania) che hanno

valutato specificamente la relazione tra dosaggio del OMT e rischio di recidiva.

Metodologia dello studio costedopia

Disegno dello studio

COSTEDOPIA è uno studio osservazionale, retrospettivo, real world, condotto in Spagna tra ottobre 2017 e marzo 2018.

Criteri di inclusione:

- Adulti di età ≥ 18 anni con diagnosi di OUD secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV/5).
- ≥ 1 anno di storia di trattamento con metadone o buprenorfina/naloxone.

Criteri di esclusione:

- Malattie sistemiche gravi non controllate o disabilità fisiche gravi non correlate alla OUD.
- Assenza di dati rilevanti nella cartella clinica del paziente.
- Mancanza di volontà o incapacità di rispettare le procedure dello studio.

Per evitare distorsioni nella raccolta delle informazioni e nell'analisi dei dati, i pazienti trattati con buprenorfina/naloxone sono stati reclutati nei giorni pari e i pazienti trattati con metadone sono stati reclutati nei giorni dispari, presso ciascun centro partecipante allo studio.

I dati sono stati raccolti da cartelle cliniche e interviste ai pazienti per ottenere variabili sociodemografiche e informazioni relative all'uso delle risorse associate alla gestione dell'OUD nell'arco di 12 mesi.

- Come parte di questa analisi, è stato determinato il numero di recidive per ciascuna coorte, insieme al dosaggio medio per ciascuna (nell'episodio di trattamento in corso).
- È stata considerata recidiva: se il paziente ha cessato di frequentare il centro di consulto o specializzato prima di essere dimesso o a discrezione dello sperimentatore principale e secondo la pratica clinica di routine. Sulla base dei test di analisi statistica, la dimensione minima stimata del campione prevedeva un totale di 200 pazienti: 100 trattati con metadone e altri 100 trattati con buprenorfina/naloxone.
- Per tutte le analisi è stato assunto un valore di rischio $\alpha \leq 0,05$.
- È stata condotta un'analisi descrittiva delle variabili sociodemografiche dei pazienti e delle variabili cliniche, di malattia e di trattamento; per questo tipo di analisi sono state calcolate la media e la deviazione standard nel caso di variabili quantitative, e nel caso di variabili qualitative, sono state calcolate le distribuzioni di frequenza con le relative percentuali.

Studio tedesco

Disegno dello studio

Questo studio retrospettivo si è basato su un set di dati sanitari tedeschi di 4 milioni di pazienti (di età ≥18 anni) coperti dal SSN che soddisfacevano la definizione di dipendenza da oppioidi secondo la Classificazione internazionale delle malattie, 10a revisione (ICD-10 F11.2 [Disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi, sindrome da dipendenza]) e avevano ricevuto ≥1 prescrizione di buprenorfina tra il 2010 e il 2011.

I pazienti sono stati suddivisi in base al dosaggio della loro ultima prescrizione prima della recidiva o all'inizio di ogni anno di follow-up in caso di assenza di recidive o Gruppi di dosaggio: <6 mg/giorno, 6-8 mg/giorno, 8-10 mg/giorno, 10-12 mg/giorno, 12-16 mg/giorno e >16 mg/giorno o La recidiva è stata definita come interruzione della terapia sostitutiva per ≥3 mesi, ricovero ospedaliero correlato a intossicazione da oppioidi (ICD-10 F11.0) o decesso.

I pazienti sono stati seguiti per 4 anni o fino alla morte. L'effetto del dosaggio di buprenorfina sul verificarsi delle recidive è stato analizzato mediante regressione logistica multivariata che includevano età, sesso, gestione della terapia (in ambulatorio o take-home), comorbidità basate sulla codifica ICD-10 ad ogni anno di follow-up, farmaci concomitanti, dosaggio fisso o variabile durante gli anni di follow-up e aumento della dose come covariate nel modello.

Risultati dello studio costedopia

Dati demografici al basale e caratteristiche cliniche.

In questa analisi sono stati inclusi 203 pazienti (buprenorfina/naloxone, n=101; metadone, n=102).

- Sono state riportate differenze significative tra i gruppi per la situazione familiare stabile (maggiore nel gruppo buprenorfina/naloxone) e le comorbidità infettive (maggiore prevalenza di HIV/epatite B nel gruppo metadone).

I risultati sono riassunti nella Tabella 1.

Dosaggio del trattamento e recidiva clinica

La dose media giornaliera di trattamento era di 8,9 mg nel gruppo buprenorfina/naloxone e 71,3 mg nel gruppo metadone.

Il numero complessivo di recidive è stato significativamente inferiore nel gruppo buprenorfina/naloxone (29,7%; p=0,02) rispetto al gruppo metadone (45,1%).

- Nel gruppo buprenorfina/naloxone, i soggetti con recidiva avevano ricevuto una dose giornaliera media inferiore (6,6 mg, DS=3,68) rispetto ai soggetti senza recidive (9,8 mg, DS=6,56; p=0,04).

Tabella 1. Studio COSTEDOPIA: Caratteristiche Sociodemografiche e Cliniche

	Buprenorfina/ naloxone (n=101)	Metadone (n=102)	Totali (n=203)	p-valore
Età, anni, media (DS)	46.4 (8.8)	46.9 (8.2)	46.7 (8.5)	0.28
Genere, n (%)				
Maschio	78 (77.2)	75 (73.5)	153 (75.4)	0.63
Situazione lavorativa, n (%)				
Impiegato	31 (30.7)	17 (16.7)	48 (23.7)	0.03
Lavoro non RETRIBUITO	4 (4.0)	2 (2.0)	6 (3.0)	0.67
Disoccupato	25 (24.8)	40 (39.2)	65 (32.0)	0.04
Pensionato/ disabilità	39 (38.6)	42 (41.2)	81 (40.0)	0.82
Altro	2 (2.0)	1 (1.0)	3 (1.5)	0.99
Situazione familiare, n (%)				
Stabile	89 (88.1)	70 (68.6)	159 (78.3)	0.001
Instabile	12 (11.9)	32 (31.4)	44 (22.7)	-
Situazione legale, n (%)				
Crimini nell'ultimo anno	33 (32.7)	50 (49.0)	83 (40.9)	0.03
Consumo concomitante di altre sostanze, n (%)				
Alcol	42 (41.6)	43 (42.2)	85 (41.9)	1
Cannabis	39 (38.6)	46 (45.1)	85 (41.9)	0.39
Cocaina	58 (67.4)	49 (48.0)	107 (52.7)	0.20
Sedativi	26 (25.7)	24 (23.5)	50 (24.6)	0.75
Comorbidità psichiatriche, n (%)				
Depressione	25 (24.8)	19 (18.6)	44 (21.7)	0.31
Psicosi indotta	7 (6.9)	11 (10.8)	18 (8.9)	0.46
Altri disordini della personalità	38 (37.6)	33 (32.4)	71 (35.0)	0.38
Comorbidità infettive, n (%)				
Tubercolosi	4 (4.0)	5 (4.9)	9 (4.4)	1
Epatite B	5 (5.0)	20 (19.6)	25 (12.3)	0.003
Epatite C	45 (44.6)	60 (58.8)	105 (51.7)	0.06
HIV	14 (13.9)	30 (29.4)	44 (21.6)	0.01

- Nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata nella dose media di metadone per i pazienti che hanno avuto recidiva rispetto a quelli senza.

I risultati sono riassunti nella Tabella 2.

Tabella 2. Studio COSTEDOPIA: Caratteristiche del trattamento

	Buprenorfina/ naloxone (n=101)	Metadone (n=102)	Totali (n=203)	Valore -p
Erogazione del Trattamento, n (%)				
Farmacia Ospedaliera	6 (5.9)	0 (0)	6 (3.0)	0.04
Farmacia	58 (57.4)	4 (4.9)	63 (31.0)	<0.001
Centro Sanitario / Servizio per le dipendenze	37 (36.6)	79 (77.5)	116 (57.1)	<0.001
Furgoni mobili per cure	0 (0)	3 (2.9)	3 (3.0)	0.25
Centro di dispensazione di metadone	0 (0)	15 (14.7)	15 (14.7)	<0.001
Dose del trattamento, mg				
Media (DS)	8.9 (6.0)	71.3 (48.3)	-	-
Range	0.5 - 32	4-225	-	-
Ricadute, n (%)				
Ricadute	30 (29.7)	46 (45.1)	76 (37.4)	0.02
Test urinari positivo per oppiacei non prescritti				
Paziente con test positivo, n (%)	9 (8.9)	28 (27.5)	37 (18.2)	0.001
Media del numero di test positivi (DS)	2 (1.1)	5.6 (6.5)	4.8 (5.8)	0.09

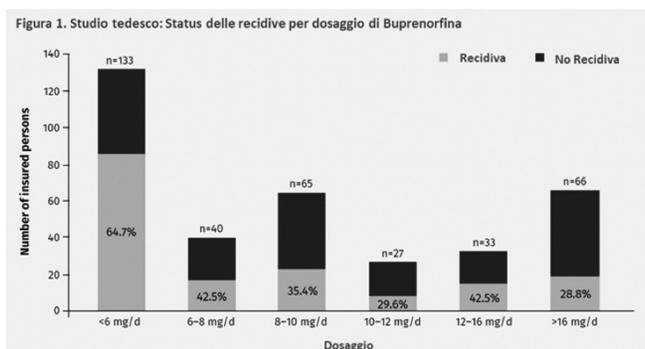
DS, Deviazione Standard

Studio tedesco

Dosaggio di buprenorfina e recidiva clinica

In questa analisi sono stati inclusi un totale di 364 pazienti.

Sulla base dell'analisi di regressione logistica, il rischio di recidiva è stato più che dimezzato nella coorte >16 mg/die rispetto alla coorte <6 mg/die (Figura 1. Studio Tedesco: Status delle recidive per dosaggio di Buprenorfina).



- Dei pazienti che hanno ricevuto buprenorfina <6 mg/die, il 65% ha manifestato una recidiva entro 4 anni, rispetto al 29% che ha ricevuto >16 mg/die. Dosaggi più elevati di buprenorfina erano associati a minori rischi di recidiva (Tabella 3. Studio tedesco: regressione logistica multivariata predittiva di recidiva)
- Le covariate analizzate non hanno avuto un effetto significativo sulla probabilità di recidiva.

I risultati chiave di entrambi gli studi sono riassunti nella Tabella 4. Confronto dei risultati chiave di COSTE-DOPIA e dello studio tedesco.

Conclusioni

Il disturbo da uso di oppioidi è una malattia cronica recidivante e fornire un trattamento efficace è fondamentale per salvare la vita dei pazienti.

Un dosaggio ottimale di buprenorfina è un trattamento efficace per l'OD.

I risultati di questi 2 studi real world confermano l'associazione tra un dosaggio giornaliero più elevato di buprenorfina e un tasso inferiore di recidive cliniche, confermando i dati precedentemente pubblicati. (10)

La prevenzione delle recidive può contribuire alla riduzione dei costi sanitari nei pazienti trattati con buprenorfina, come da dati precedentemente pubblicati. (11)

Ringraziamenti

Tutti gli autori hanno contribuito e approvato la presentazione; l'assistenza alla scrittura e alla redazione è stata fornita da Peloton Advantage, una società del gruppo OPEN Health, finanziata da Indivior, Inc.

Tabella 3. Studio tedesco: regressione logistica multivariata predittiva di recidiva				
Intervallo di confidenza al 95%				
Predittore di recidive	Odds Ratio	Inferiore	Superiore	valore p
Età, anni	0,99	0,96	1,0	0,37
Donne	0,75	0,45	1,3	0,28
Dosaggio, mg/giorno				
<6		REF		
6-8	0,41	0,19	0,87	0,02
8-10	0,28	0,15	0,55	0
10-12	0,23	0,09	0,58	0
12-16	0,37	0,16	0,84	0,01
>16	0,19	0,09	0,37	0
Setting				
Ambulatoriale		REF		
Take-home	1,43	0,91	2,25	0,12
Regime posologico				
Dosaggio fisso		REF		
Dosaggio variabile	0,35	0,65	9,7	0,18
Comorbidità*				
Depressione	1,51	0,89	2,5	0,12
Disturbi della personalità	1,31	0,67	2,6	0,43
Ansia	0,88	0,39	1,9	0,75
Trattamento concomitante				
Benzodiazepine	1,03	0,5	2,12	0,95
Antidepressivi	0,81	0,49	1,36	0,43

*Valutato in base ai codici ICD-10. I risultati sono stati controllati anche per ulteriori comorbidità: disturbi del sonno, epatite, malattie polmonari, HIV, malattie cardiovascolari e abuso di alcol (tutti non significativi, p>0,20).

Tabella 4. Confronto dei risultati chiave di COSTEDOPIA e dello studio tedesco	
COSTEDOPIA	Studio tedesco
Disegno dello studio	
• Studio osservazionale, retrospettivo, <i>real world</i> condotto in Spagna	• Studio retrospettivo basato su un set di dati sanitari tedeschi di 4 milioni di pazienti (età ≥18 anni)
Pazienti in studio	
• 203 pazienti adulti di età ≥18 anni con diagnosi confermata di OUD	• 364 pazienti da una base di dati sanitari tedeschi di 4 milioni di adulti di età ≥18 anni coperti dal SSN che soddisfacevano la definizione di dipendenza da oppioidi secondo la ICD-10 e che avevano ricevuto ≥1 prescrizione di buprenorfina tra il 2010 e il 2011
Recidiva	
<ul style="list-style-type: none"> • Il numero complessivo di recidive è stato significativamente inferiore nel gruppo buprenorfina/naloxone (29,7%; p=0,02) vs gruppo metadone (45,1%) • Esisteva una correlazione tra il dosaggio di buprenorfina/naloxone e recidiva: i pazienti con recidiva hanno ricevuto una dose giornaliera media più bassa (6,6 mg) rispetto a quelli senza recidive (9,8 mg; p=0,04) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il rischio di recidiva era più che dimezzato nella corte >16 mg/die rispetto alla coorte <6 mg/die – Dei pazienti che hanno ricevuto buprenorfina <6 mg/die, il 65% ha avuto una recidiva entro 4 anni, rispetto al 29% che ha ricevuto >16 mg/die • Dosaggi più elevati di buprenorfina sono stati associati a livelli più bassi di rischi di recidiva • Le covariate analizzate non hanno avuto un effetto significativo sulla probabilità di recidiva
OUD: disturbo da uso di oppioidi.	

Bibliografia

1. Roncero C, Barral C, Rodriguez-Cintas L, et al. *Psychiatry Res.* 2016;243:174-81.
2. Roncero C, Fuster D, Palma-Alvarez RF, Rodriguez-Cintas L, Martinez-Luna N, Alvarez FJ. *AIDS Care.* 2017;29(12):1551-6.
3. Roncero C, Fuste G, Barral C, et al. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2011;13(3):5-16.
4. Gonzalez-Saiz F, Lozano Rojas OM, Martin Esteban J, Bilbao Acedos I, Ballesta Gomez R, Gutierrez Ortega J. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4(2):81-7.
5. CADTH Rapid Response Report: Suboxone versus Methadone for the Treatment of Opioid Dependence: A Review of the Clinical and Cost-effectiveness. Ottawa, ON, Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2013.
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021), *European Drug Report 2021: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
7. Fischer G, Nava F, Stover H. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2012;14(4):39-50.
8. Roncero C, Dominguez-Hernandez R, Diaz T, et al. *Adicciones.* 2015;27(3):179-89.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Health and social responses to drug problems: a European guide.* Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
10. Fareed A, Vayalapalli S, Casarella J, Drexler K. *J Addict Dis.* 2012;31(1):8-18.
11. Reimer J, Vogelmann T, Trumper D, Scherbaum N. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2019;14(1):57.

1.21

RISULTATI RILEVANTI PER I PAZIENTI NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA USO DI OPIOIDI CON SUBOXONE® FILM SUBLINGUALE IN PRATICA CLINICA ABITUALE IN GERMANIA: LO STUDIO [PROFIL]

Reimer J.*[1], Walcher S.[2]

[1] Centro per la ricerca interdisciplinare sulle dipendenze (ZIS), Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Centro medico universitario Hamburg-Eppendorf (UKE) - Hamburg - Germany, [2] Centro per la medicina delle dipendenze CONCEPT - Monaco - Germany

Sottotitolo: Si presenta il disegno di uno studio di post-marketing volto a ottenere informazioni sull'efficacia, sulla sicurezza e sui risultati soggettivi riferiti dal paziente (PROM) dell'utilizzo di Suboxone Film sublinguale, in un setting di real-world, in Germania.

Background

L'assistenza individualizzata dei pazienti con disturbo da uso di oppioidi (OUD) è sempre più al centro della terapia dei pazienti con disturbo da uso di oppioidi. Lo sviluppo di nuove formulazioni, come la combinazione dei principi attivi buprenorfina/naloxone in film sublinguale, disponibile in Germania da marzo 2021, rappresenta un aumento delle nuove alternative farmacologiche.

L'efficacia e la sicurezza di Suboxone® film sublinguale sono state dimostrate in studi preclinici e studi clinici controllati randomizzati [1-4], ma tuttavia, non ci sono ancora dati relativi all'Europa.

Si vuole condurre questo studio perchè l'esperienza maturata nello Studio PROFIL può contribuire in futuro a ottimizzare ulteriormente la terapia dei pazienti con disturbo da uso di oppioidi.

Obiettivi

- Generare dati clinici in una popolazione di pazienti in condizioni di pratica clinica di routine (setting "real-world")
- Ottenere nuove informazioni sull'efficacia, la sicurezza

za e i risultati soggettivi riportati dai pazienti (PROM) sull'utilizzo di Suboxone® Film sublinguale.

Metodi

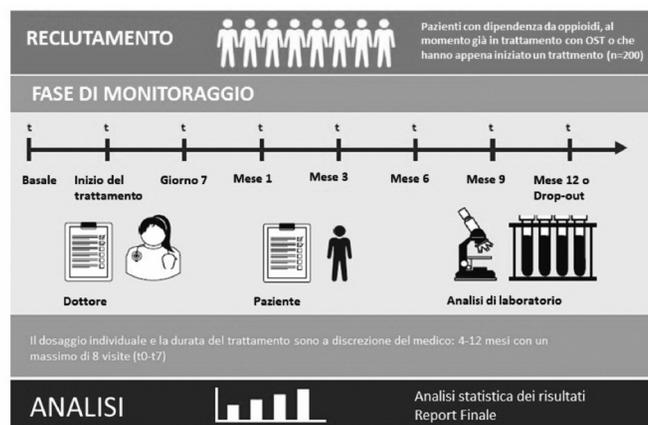
Criteri di inclusione principali

- Uomini e donne di età ≥ 18 anni
 - Diagnosi di dipendenza da oppioidi (ICD-10, F11.2)
 - Indicazione per la terapia sostitutiva con oppioidi (OST)
 - Sia pazienti non pretrattati sia pazienti con OST in corso
 - Esistenza di una decisione clinica per una terapia con Suboxone® film sublinguale
 - Consenso scritto dei pazienti a partecipare allo studio
- Criteri di esclusione
- Controindicazione esistente per l'uso di Suboxone® Film sublinguale secondo RCP approvato
 - Mancanza di un consenso scritto

Disegno dello studio (Figura 1)

- Studio osservazionale prospettico, in aperto, multicentrico, non interventistico
- Target di reclutamento: n = 200 pazienti
- Partecipazione di ca. 50 centri di ricerca in Germania, esperti nella terapia dell'OUD
- Durata dello studio: 12 mesi

Figura 1



Dosaggio

- Suboxone® Film sublinguale viene prescritto dal medico curante nell'ambito della pratica clinica di routine
- La decisione sul dosaggio individuale e sulla durata del trattamento è responsabilità del medico curante, in conformità con le istruzioni di trattamento dell'RCP approvato.

Obiettivi

- Obiettivo primario: soddisfazione del paziente con Suboxone® Film sublinguale in termini di somministrazione, facilità d'uso, sapore della formulazione,

Tabella 1. Variabili in studio

Caratteristiche demografiche, terapia/e precedente/i	Efficacia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Età, sesso ▪ Attività professionale ▪ Partner, bambini ▪ Tipo di alloggio ▪ OST corrente; dosaggio ▪ Parametri vitali ▪ Disintossicazione ▪ Motivo del trattamento con Suboxone® film sublinguale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soddisfazione del paziente (VAS 0-100) ▪ Soddisfazione del paziente (TSQM-9) ▪ Qualità della vita (OSTQOL-38) ▪ Sintomi di astinenza da oppioidi (COWS, VAS 0-100) ▪ Craving (VAS 0-100) ▪ Utilizzo on-top (informazioni del paziente)
Tipo di trattamento	Malattie e farmaci concomitanti
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosaggio ▪ Risparmio di tempo nella gestione quotidiana ▪ Terapia in affido (take-home) ▪ Modalità di somministrazione (sublinguale/buccale) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comorbidità somatiche ▪ Comorbidità mentali ▪ Farmaci concomitanti
Parametri di laboratorio (se pertinenti)	Sicurezza
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Livello plasmatico di buprenorfina ▪ Screening di sostanze nelle urine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (S)AE (evento avverso [grave]) ▪ (S)ADR (reazione avversa al farmaco [grave])

tempo di applicazione e stigma

- Obiettivi secondari:
 - Soddisfazione complessiva del paziente (questionario TSQM-9)
 - Compliance alla terapia (aderenza)
 - Tasso di pazienti con uso on-top di sostanze illecite
 - Intensità dei sintomi di astinenza e del craving
 - Qualità della vita (OSTQOL-38)
 - Sicurezza dell'uso di Suboxone® Film sublinguale.

Le variabili raccolte e valutate sono riassunte nella Tabella 1.

Conclusioni

- Lo studio combina i dati della pratica clinica con i risultati soggettivi riferiti dal paziente (PROM).
- L'esperienza acquisita con lo studio osservazionale sull'uso di Suboxone® Film sublinguale nella pratica clinica può dare un prezioso contributo all'ottimizzazione delle cure orientate al paziente, nella terapia dei pazienti con disturbo da uso di oppioidi.

Informativa

Lo studio non interventistico e i documenti associati sono stati presentati al comitato etico dell'Associazione dei medici di Amburgo: 2021-10573.

Lo studio è finanziato da Indivior Europe Ltd, Dublino, IRL.

Bibliografia

1. Clay E., Khemiri A., Zah V. et al. Persistence and healthcare utilization associated with the use of buprenorphine/naloxone film and tablet formulation therapy in adults with opioid dependence. *J. Med Econ* 2014; 17: 626-636
2. Lintzeris N., Leung S.Y., Dunlop A.J. et al. A randomised controlled trial of sublingual buprenorphine-naloxone film versus tablets in the management of opioid dependence. *Drug Alcohol Depend* 2013; 131: 119-126.
3. European Medicines Agency (EMA). Suboxone: EPAR - Product information. Available online at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/productinformation/suboxone-epar-product-information_de.pdf; last accessed 05.08.2021.
4. Strain EC, Harrison JA, Bigelow GE. Induction of opioid-dependent individuals onto buprenorphine and buprenorphine/naloxone soluble-films. *Clin Pharmacol Ther* 2011; 89: 443-449.

1.22

L'ANTIDOTO PERFETTO: EMOZIONI, GRUPPI E CREATIVITÀ NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Scurti P.*[1], Schiavo R.[2], Pepe C.[2]

[1] *Asl Napoli 2 Nord - SerD Casavatore - Napoli - Italy,*

[2] *Italy*

Sottotitolo: Strumenti psicoterapeutici nei contesti e nei percorsi di cura.

Non ci si muove che dentro "relazioni". Alcune che si aprono sul baratro, altre che, mutano la loro configurazione come in un caleidoscopio: evolvendo. E che cosa è un legame se non una dipendenza andata "bene"? E cosa è un "legaccio" se non una relazione di dipendenza andata "a male"? Ci occuperemo di questo nello scritto che vogliamo presentare. Dopo una breve disamina del modello sistemico-relazionale e la descrizione di una tecnica in via di sperimentazione (denominata S.O.S. - Scultura Oggettuale Simbolizzata) vengono presentati i gruppi attivi presso il SerD di Casavatore (Na), attraverso la rilettura di uno spaccato clinico e la descrizione di interventi terapeutici con spiccata focalizzazione sugli aspetti emozionali all'interno delle dipendenze patologiche.

Introduzione modello sistemico-relazionale

La psicoterapia sistemico relazionale nasce dalla più generale teoria dei sistemi del biologo Von Bertalanffy. La vera e propria nascita della terapia familiare si individua negli Stati Uniti e risale agli anni cinquanta. Considera l'individuo immerso nel contesto relazionale, sociale e culturale. L'intervento principe riguarda l'intero contesto relazionale di riferimento, in primo luogo la famiglia. Il sintomo, non è più inteso come un problema individuale, bensì come la manifestazione di un disagio dell'intero contesto in cui esso stesso si esprime. Il "paziente designato" è solo il portavoce. Lo psicoterapeuta sistemico-relazionale diventa uno strumento per aiutare i pazienti ad agire un cambiamento attraverso la relazione inedita che nasce nella stanza di terapia. Ogni sistema tende a mantenere l'omeostasi al proprio interno, ovvero si stabilizza utilizzando determinate modalità di funzionamento e di interazione. Non

necessariamente, queste, sono funzionali ma vengono comunque reiterate nel tempo perché familiari e strutturate. Un cambiamento presuppone, quindi, il passaggio attraverso la sperimentazione di nuove modalità di azione, di interazione e di riflessione che non sempre il singolo, la coppia e la famiglia, riescono ad effettuare autonomamente. La terapia sistemica diventa lo spazio per sperimentare nuove modalità di interazione ed espressione delle emozioni che possano consentire lo stabilizzarsi del sistema su un equilibrio diverso e maggiormente soddisfacente e funzionale.

L'approccio sistemico-relazionale si rivela utile nelle istituzioni perché queste ultime sono organizzate gerarchicamente proprio come il nostro modello. Infatti, un sistema è un'unità globale organizzata di interrelazioni fra elementi, azioni o individui che funziona secondo il principio dell'interdipendenza: una variazione nello stato di una delle componenti - o sottosistema - di un sistema tende sempre a riflettersi sulle altre e sul sistema visto come totalità, modificandone in qualche modo lo stato (e viceversa).

S.O.S. Scultura Oggettuale Simbolizzata

Le tecniche previste dal modello sistemico-relazionale sono storicamente il genogramma e la scultura. L'S.O.S. è una variante della scultura che si è rivelata utile per superare lo stallo nella relazione terapeutica in impasse facendo appello al linguaggio con cui l'inconscio si esprime meglio: la metafora. Di fronte ad utenti con molta difficoltà di espressione emozionale, come nel caso dei tossicodipendenti la cui sfera emotiva/affettiva è spesso inquinata dalla sostanza stupefacente, la consegna di questa tecnica produce due movimenti: uno interno, cioè emotivo, e l'altro esterno perché prevede un movimento del soggetto nella stanza della terapia. La consegna per la costruzione dell'S.O.S. reale (o del presente) è la seguente: «Questa stanza rappresenta la sua vita; con quello che essa contiene, e con qualsiasi oggetto ritenga utile, rappresenti cose, situazioni e persone che per lei sono significative in questo momento». Franco, paziente con una storia di dipendenza da cocaina lunga 10 anni, prende un posacenere sporco, una bottiglia di alcool etilico e il proprio accendino dalla tasca e li dispone su una sorta di continuum immaginario che attraversa la stanza obliquamente. Spiega che rappresentano rispettivamente passato - perché per troppo tempo si è sentito sporco e sporcato - presente - perché sta cercando di disinfettare la sua esistenza - e futuro - cioè la luce verso la quale deve dirigersi. Successivamente, entrando in una dimensione più intima, viene invitato a costruire una S.O.S. ideale (o del futuro): «Come vorresti che fosse? Parta da que-

sta scultura per costruire quella ideale». Franco a questo punto guarda gli oggetti usati e decide di allontanare il passato e avvicinare il presente al suo futuro. Da ciò la richiesta del terapeuta: «Cosa fai, o non fai, affinché tale rappresentazione diventi possibile». In questa fase, il lavoro terapeutico consiste nell'approfondire l'aspetto emotivo che rimanda la simbolizzazione ideale e i possibili ostacoli interni e/o esterni, passati e/o presenti. Verso la fine della seduta il terapeuta può decidere di includersi donando una scultura (S.O.S. ideale del terapeuta). Nella fase della co-costruzione oggettuale simbolizzata il terapeuta diventa visibile mostrando cosa pensa ma soprattutto cosa sente, prende una posizione e modifica la scultura proposta dal paziente. Dovremmo sempre chiederci se noi siamo disposti a fare ciò che chiediamo ai nostri pazienti: un terapeuta visibile, che si mostra autenticamente in terapia, diviene immediatamente credibile. Nel caso in questione, il terapeuta decide di far diventare il passato (posacenere) base del presente (bottiglia di alcool) che a loro volta diventano la base su cui poggia il futuro (accendino). Il caso però vuole che il terapeuta non riesca ad appoggiare l'accendino in equilibrio sulla bottiglia e il paziente corra in suo aiuto riuscendoci al primo colpo. Il terapeuta ridefinisce il proprio goffo tentativo di mantenere l'accendino in equilibrio dichiarando che solo il paziente ne sarebbe stato capace perché quel futuro deve essere creato ineluttabilmente e solo da lui. Si è mostrato utile fotografare e inviare al paziente i 3 S.O.S. costruiti per permettergli di lavorarci anche dopo la seduta e nelle sedute successive. Inoltre, il terapeuta può decidere se avere subito un ritorno oppure lasciare al paziente il tempo per riflettere e rispondere durante la seduta successiva (ad esempio per pazienti ansiosi e ossessivi è preferibile differire il momento dell'approfondimento).

I limiti della tecnica potrebbero essere legati alla difficoltà del paziente, ma soprattutto del terapeuta, di accedere all'utilizzo della creatività e della fantasia. Gli obiettivi che si propone tale tecnica sono: il superamento dello stallo nelle relazioni terapeutiche in impasse per recuperare una dimensione affettiva che altrimenti potrebbe restare inaccessibile; lo sblocco delle emozioni nel soggetto con difficoltà in tale ambito; l'autodiagnosi delle proprie relazioni affettive proiettando su oggetti comuni elementi intra psichici specifici (e quindi rendendoli visibili) senza passarli al vaglio inibitorio della parte cognitiva. Infatti gli oggetti comuni hanno meno connotazioni specifiche rispetto ad eventuali scelte precostituite dal terapeuta (cesta di oggetti, simulacri umani, ecc...) e scavalcano, quindi, eventuali resistenze del paziente. La flessibilità dello

strumento permette la sua applicazione anche a sistemi più grandi come le coppie, le famiglie e i gruppi. In quest'ultimo caso ogni partecipante lavora sulla scultura dell'altro, infatti, durante un gruppo terapeutico in cui è stata sperimentata tale tecnica abbiamo potuto constatarne l'utilità. Il conduttore, includendosi nella Scultura Oggettuale Simbolizzata, ha esperito quanto fosse terapeuticamente necessario partire da sé stesso e dall'emozione provata nella conduzione del gruppo terapeutico.

I gruppi

La scelta di metodo, nel modello di intervento del SerD di Casavatore, è stata quella di incentrare gli interventi su una dimensione gruppale senza per questo tralasciare gli aspetti specifici e individuali delle persone. Nessun dolore, nessuna gioia è tanto personale da non poter risuonare in qualcun altro oltre sé stesso. Così, il gruppo funziona da particolare e speciale macchina del tempo (Scurti, 2011). Il gruppo diventa un nodo da sciogliere ma anche uno spazio-tempo emotivo in cui ciascuno ritrova una seconda possibilità di appartenenza.

La dipendenza, in qualsiasi sostanza o comportamento essa si concretizzi, poggia le sue basi nella SFIDA. Negli incontri clinici che gli operatori hanno con gli utenti crediamo che si debba partire sempre da questo assunto. Uomini e donne che misurano la consistenza del proprio interlocutore dall'EFFETTO che questi gli procura, sulla pelle, negli occhi, nell'anima, perché è proprio dagli effetti che tali uomini e tali donne misurano il grado di dipendenza raggiunto con una determinata sostanza o esperito in un determinato comportamento. Come se dicessero ad ogni incontro: "Se non mi fai effetto non esisti e quindi mi dimenticherò di te". L'approccio che gli autori propongono quindi è quello di centrare l'intervento terapeutico su basi sistemiche emozionali, focalizzando l'attenzione della persona con dipendenza sia sulla relazione con la sostanza o comportamento, sia con il mondo circostante e sia sul riconoscimento-accettazione e condivisione dei suoi stati emotivi. Sganciarli cioè dalla palude infruttuosa ed estemporanea delle sensazioni e traghettarli verso l'arcipelago delle emozioni. Lo strumento cardine (oltre quelli canonici relativi alle psicoterapie individuali, familiari e di coppia) riteniamo sia l'immissione nel gruppo. Il nostro SerD da anni si è dotato di un modello integrato gruppale (MIG) appunto, che fa migrare interi gruppi l'uno nell'altro e che, pur mantenendo alcune specifiche attività per alcune tipologie di dipendenza, centra ogni intervento su quella matrice comune di cui più sopra si parlava: la sfida. Svincolare gli utenti dalla falsa credenza che è la sostanza a stabilire classifiche e difficoltà è, prima di tutto, l'operazione che deve com-

piere l'operatore nella sua mente, per non cedere a falsi e pericolosi moralismi o solo per obbedire a trend culturali ed aziendali in nulla proficui.

Il gruppo terapeutico del Mercoledì

Antonio è al centro della stanza. La cocaina, come spesso gli accade, ha ottenuto il suo ultimo tributo. La moglie è andata via con i figli. Piera gli tende le mani, si siede di fronte a lui.

P: Non so cosa si prova con quella sostanza. Ma so cosa si prova quando si è disperati! Ho giocato soldi non miei, mi hanno buttata fuori di casa, volevo farla finita...

A: Anch'io! Ho una corda in auto, da giorni.

Il gruppo è in silenzio. Qualcuno piange lacrime di paura perché quel dialogo è il suo, quello muto che ancora però gli rimbomba nella testa. Il terapeuta sente tutte queste emozioni e prova a dirigerle.

T: chi di voi sente il pericolo ed il dolore di Antonio e Piera può stringersi a loro, è come se, al centro di questa stanza ci fosse una palude invisibile, e la palude non fa distinzioni di sostanza o di gioco d'azzardo: ingoia e basta!

Il gruppo scatta. Neuroni specchio che si accendono all'unisono. Ogni partecipante si allunga, allunga le mani, una cordata di braccia come a dire ai due, se chiedi aiuto non affondi. Si stringono in un abbraccio fatto di urla e pianti. È il dolore condiviso la corda che li tira fuori oggi. Lo spaccato clinico, anche nella sua brevità, mostra la forza rivoluzionaria del rispecchiamento. L'intimità è immediata. Ogni partecipante è coinvolto dall'emozione che circola all'interno del sistema. Nessuno può dirsi spettatore. La qualità emergente è appunto una naturale attitudine all'autopoiesi (Maturana e Vaarela, 1980); al terapeuta il compito di co-costruire argini funzionali al fine di sentirsi tutti capaci e fautori del proprio cambiamento.

Terapia di gruppo – Gruppo Donne E.V.A.

Il gruppo denominato E.V.A. – Essere Vive Amandosi - è stato pensato per tutte le donne che si presentano al SerD come accompagnatrici periferiche degli utenti. Sono madri, mogli, figlie, sorelle e fidanzate che nella loro invisibilità reiterano un schema relazionale fallimentare.

Accogliamo le donne in una stanza completamente vuota, delle corde rosa sono appoggiate sulle spalle degli autori. L'attenzione di tutte le partecipanti si concentra inevitabilmente su questo. Non è un gruppo numeroso, circa 10, donne dai 18 ai 60 anni. Appare come un gruppo molto disomogeneo. Sembra, però, che tutte si chiedano "cosa ci faccio qui". In cerchio, sedute a terra, presentiamo brevemente il gruppo, dopodiché le sistemiamo sul pavimento spalla contro spalla e pro-

cediamo a legare mani e busti, in una sorta di gioco dell'oca in cui, però, è impossibile alzarsi e ballare. Chiediamo di chiudere gli occhi, di restare in quell'immobilità e di esprimere a voce alta l'emozione provata in quel momento. Le parole che vengono fuori sono ansia, paura, impotenza. L'atmosfera diventa più intensa, sospiri, lacrime e singhiozzi rompono la voce di alcune di loro.

Invitiamo ad aprire gli occhi quando sentiranno la nostra mano sul loro capo. A quel punto troveranno la loro immagine riflessa nello specchio piazzato davanti. Chiediamo di dirci cosa vedono. Per alcune di loro è estremamente difficile sostenere il proprio sguardo, per altre sembra di guardare un'estranea, altre ancora sono arrabbiate verso sé stesse. Rendere materiali e presentificare quei legacci, finora invisibili, è doloroso. Per comprendere meglio qualcosa, affinché acquisti un significato, e possa diventare oggetto di riflessione, confronto e soprattutto di crescita, occorre che abbia un nome. Quindi, chiediamo di dare un nome a queste corde che diventano Il mio compagno, mia madre, mio padre, mio figlio, il gioco d'azzardo, me stessa... queste le parole pronunciate tra dolore, sentimenti di colpa e tradimento ma, soprattutto, consapevolezza.

Annamaria arriva in ritardo, entra nella stanza trovando la configurazione descritta. Un agglomerato di anime delicate. Ora il gruppo non appare più così disomogeneo, ogni storia sembra intrecciarsi nell'altra. Ogni frase sembra completare quella di un'altra. Le chiediamo di descrivere cosa vede, di guardare negli occhi ognuna di quelle donne, sceglierne una e assumersi la responsabilità di slegarla e aiutarla a sollevarsi. In realtà le corde vengono solo allentate da Annamaria e le conduttrici ridefiniscono affermando che la conquista della propria libertà richiede uno sforzo di cui ognuna deve sentire la fatica perché solo così ne sentirà il diritto. La donna continua quindi a liberarsi da sola recuperando una leggerezza che le consente di liberare a sua volta un'altra donna e così via.

Ora, 20 metri di corde "arredano" la stanza, sono a terra, al centro, l'attenzione è nuovamente su di loro. Le guardano dall'alto. Chiediamo a ciascuna di scegliere una donna a cui parlare prendendole le mani e incontrandosi al centro della stanza con i piedi che calpestanto quelle corde. Si incontrano storie diverse, tempi diversi, ma stesse dinamiche.

Lasciamo le partecipanti con un "dono": una frase che pescano da una scatola e che grazie alla magia del caso calza a pennello su ognuna di loro. Si guardano incredule.

Chiediamo loro partecipazione e continuità, l'idea è quella di iniziare ad arredare e "riparare" la stanza come una squadra, tutte insieme operatrici e utenti in modo

da sentire la fatica fisica e mentale che un lavoro manuale comporta e utilizzarlo in modo metaforico. L'obiettivo è partire dal restauro della stanza che ci ospita per arrivare a restaurare le anime, i corpi e le menti di tutte le partecipanti. Una volta terminato il lavoro, chiederemo e di portare qualcosa per "arredare" quella stanza con oggetti che possano personalizzarla e iniziare a raccontare una nuova storia. "Perché tutti abbiamo delle dipendenze, se evolvono diventano legami altrimenti... catene".

Gruppo F.O.R.T.E. (Famiglie Organizzate In Relazioni Terapeutiche Evolutive)

L'obiettivo di questo gruppo è partire con una concezione di cambiamento che possa essere autopoietica poiché è lo stesso gruppo a fornire informazioni ai partecipanti per costituirsi nel tempo come un gruppo A.M.A. (auto mutuo aiuto). Un macrosistema che contiene un microsistema che a sua volta è il macrosistema di altri piccoli sottosistemi. Infatti, i genitori che frequentano da più tempo il servizio, considerati esperti sono chiamati come facilitatori e catalizzatori di processi trasformativi interni al gruppo stesso. Così il gruppo può configurarsi talvolta con funzione psicoterapeutica e talvolta è anche rispondente alle esigenze educative.

Il gruppo diventa quindi cassa di risonanza delle emozioni e un contenitore nell'aggancio.

Il nostro modello di intervento si è via via conquistato il territorio. Attività terapeutiche e riabilitative del SerD di Casavatore sempre più si spendono in luoghi altri (e oltre le mura del Ser.D.). Crediamo che per le dipendenze patologiche il "setting terapeutico" non siano solo le stanze dei SerD ma il mondo. È questo che proviamo a concretizzare ogni giorno: attività terapeutiche e riabilitative da consumarsi esclusivamente nella vita prima che arrivi qualcosa a dirci che siamo...scaduti.

Bibliografia

- Maturana, H. & Varela F. (1980). Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living. Dordrecht: Reidel Publishing. (trad. it. di A. Stragapede, Autopoiesi e Cognizione. La Realizzazione del Vivente, Venezia, Marsilio, 1985)*
- Scurti, P., Di Petta, G., & Fallace, P. (2001). Tossicodipendenza e gruppaltà integrata: verso un possibile modello di intervento. S & P SALUTE E PREVENZIONE. Edizioni FrancoAngeli.*
- Scurti, P. (2011). Gruppi, Garantire Relazioni Umane Per Garantire Indifferenza. Edizione Melagrana.*
- Scurti, P. (2021). Psicoterapia delle dipendenze: Contesti, percorsi e strumenti terapeutici. FrancoAngeli.*
- Von Bertalanffy, L. (1971). Teoria dei sistemi. Istituto librario Internazionale, Milano.*

1.23

PROGETTO RED CARPET: ESPERIENZA DI SCREENING PER L'INFEZIONE DA HCV E AVVIO A TRATTAMENTO ERADICANTE PRESSO LA UOC DIPENDENZE - ASST FATEBENEFRA-TELLI - SACCO DI MILANO

Testa L.*[1], Di Marco A.[2], Vismara S.[2], Costanzo A.F.[2], Murgo L.[3], Delle Vergini N.[2], Rini A.[2], Vanzulli V.[2], Bonomi C.[2], Magni C.[4], Niero F.[2], Cozzolino E.[5], Zita G.[2]

[1]ASST FBF-SACCO UOC Dipendenze SerD Accursio - Milano, [2] Italy, [3]ASST FBF-Sacco UOC Dipendenze SerD Canzio - Milano, [4]ASST FBF-Saccp I Divisione di Malattie Infettive - Ospedale L.Sacco - Milano, [5]Membro Direttivo e Comitato Scientifico FeDerSerD già Direttore UOC Dipendenze ASST FBF-Sacco - Milano

Sottotitolo: Il progetto di informazione, prevenzione e screening denominato "Red Carpet" è stato concepito in collaborazione tra i Servizi della UOC Dipendenze afferenti alla ASST Fatebenefratelli-Sacco e la I Divisione di Malattie Infettive della stessa Azienda, in relazione alla problematica della diagnosi e cura dell'infezione da HCV.

Introduzione

L'infezione da HCV è una delle principali cause di epatopatia cronica nel mondo; ha un impatto sulla Salute Pubblica in termini di bisogno assistenziale e costituisce non solo un problema di ordine clinico, ma anche di natura sociale per la qualità e l'aspettativa di vita delle persone affette. L'infezione presenta, nel suo essere silente, una particolarità che la rende ancora più subdola: la maggior parte dei portatori cronici non presenta sintomi o segni evidenti della malattia, pertanto la percentuale di pazienti non identificati definita anche come "sommerso" è estremamente difficile da valutare. Sussiste infatti un'oggettiva difficoltà nell'identificazione dei soggetti HCV+, in particolar modo se si considerano alcune "popolazioni speciali" come i tossicodipendenti ed i carcerati, popolazioni note in Letteratura per essere ad elevata prevalenza.

Recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto l'obiettivo di eradicazione dell'epatite C a livello mondiale entro il 2030.

Obiettivo

Il progetto di informazione, prevenzione e screening denominato "Red Carpet" è stato concepito in collaborazione tra i Servizi della UOC Dipendenze afferenti alla ASST Fatebenefratelli-Sacco e la I Divisione di Malattie Infettive della stessa Azienda, in relazione alla problematica della diagnosi e cura dell'infezione da HCV, nel rispetto del piano nazionale di eradicazione della stessa. Obiettivo primario è stato quello di diagnosticare, informare ed indirizzare i soggetti affetti da disturbo da uso di sostanze, afferenti ai sopracitati Servizi, verso una corretta gestione della patologia, orientandoli in un percorso clinico adeguato e di qualità che eviti inutili dispersioni di tempo, oltre al rischio di interruzione del follow-up, e riduca il rischio di trasmissione in questa popolazione ad alto rischio ed elevata prevalenza di infezione.

Metodi

Nell'ambito del progetto Red Carpet, approvato dalla ASST Fatebenefratelli Sacco e finanziato grazie ad contributo incondizionato di AbbVie per l'acquisto di materiale destinato alla realizzazione del suddetto progetto. Da fine Marzo 2021 sono iniziate le valutazioni dei pazienti con disturbo da uso di sostanze afferenti al SerD Accursio; più recentemente sono stati coinvolti anche i pazienti afferenti al SerD Canzio. I soggetti reclutati sono stati sottoposti a screening presso le nostre sedi mediante l'utilizzo di test rapido salivare (OraQuick HCV) per la ricerca di HCV-Ab e successivamente, in caso di positività, a test XPERT HCV VL Fingerstick, saggio in vitro basato sulla reazione a catena della polimerasi Real Time dopo retrotrascrizione (RT-PCR). Questo test permette il rilevamento e la quantificazione dell'RNA del virus dell'epatite C.

Risultati

La coorte afferente al SerD Accursio al febbraio del 2021 contava 377 pazienti. Erano già noti per avere una positività ad HCV-Ab 168 pazienti (44%); di questi erano HCV-RNA positivi 16 pazienti (9%): 6 pazienti erano già in valutazione presso centri specialistici, 10 non avevano avuto nessun contatto con strutture di secondo livello. Ventidue pazienti non avevano mai eseguito un test per la ricerca di HCV-RNA. Ad oggi 16 pazienti sono pertanto stati testati: sei pazienti sono risultati positivi per HCV-RNA e 10 negativi.

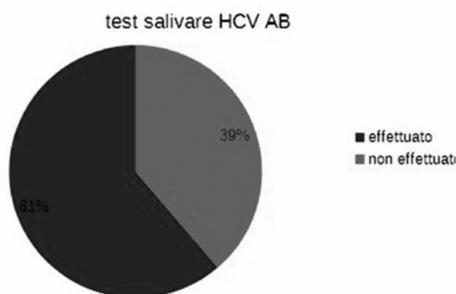
Dei 168 pazienti HCV-Ab noti, 130 erano HCV-RNA negativi, 100 (59%) dei quali erano già stati trattati con alfa-interferon, PEG interferon o DAAs.

Dei restanti 209 pazienti, erano noti per avere un riscontro recente di HCV-Ab negativo 36 pazienti (10%): per questo sottogruppo non sono stati ritenuti necessari ulteriori controlli di screening, al di là della necessaria sorveglianza nei pazienti a più alto rischio.

Infine era ignota la sierologia per HCV di 173 pazienti (45%), popolazione sulla quale si sono maggiormente concentrati i controlli di screening. I test rapidi salivari per valutazione di HCV-AB sono stati eseguiti su 106 pazienti (61%) (grafico 1). Novantuno pazienti (86%) sono risultati negativi, mentre 15 pazienti (14%) sono risultati positivi.

Non hanno eseguito il test salivare 67 pazienti (39%): due pazienti per rifiuto ad eseguire il test, dieci per impossibilità ad eseguire il test, 53 per scarsa compliance. Dei 15 pazienti risultati positivi al test salivare per la ricerca degli anticorpi, 8 sono risultati positivi a HCV-RNA e 7 sono risultati negativi.

Grafico 1.



Conclusioni

In sintesi, hanno eseguito il test per la ricerca di HCV-RNA 46 persone. Tale gruppo comprende 12 pazienti di cui erano già noti i dati virologici, ma per i quali è stato eseguito il test per conferma: tutti i risultati dei test hanno confermato i dati attesi.

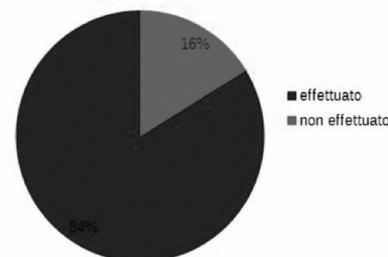
Dei 37 pazienti di cui non era disponibile HCV-RNA, 31 sono stati sottoposti a test XPERT HCV VL Fingerstick; 6 invece ne hanno rifiutato l'esecuzione. Diciassette pazienti dei 31 testati al Servizio sono risultati positivi per HCV-RNA (grafico 2.)

La coorte di pazienti positivi per HCV-RNA si compone oltre che di questi 17 pazienti, anche dei 16 positivi già noti per riscontri precedenti, per un totale 33 pazienti.

Di questi 33 pazienti, 19 sono stati inviati alla I Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Sacco, 6 ad altri Centri, 1 nel frattempo ha cambiato servizio, 7

Grafico 2.

HCV RNA mediante test XPERT HCV VL



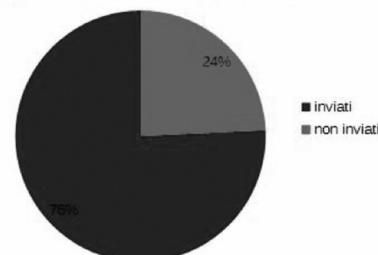
non sono ancora stati inviati al trattamento eradicante per motivazioni diverse: un paziente presenta scompenso psicopatologico, un paziente è allettato, uno è extracomunitario e sta regolarizzando la propria posizione, 4 rifiutano al momento l'invio per scarsa compliance (grafico 3.)

La procedura di screening proposta presso i nostri servizi è stata accolta con favore e ha consentito di intervenire soprattutto su pazienti storicamente refrattari ad ogni intervento sia per scarsa compliance che per problematiche legate alla difficoltà di reperimento di accessi venosi. L'accesso facilitato presso la I Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Sacco, come previsto dal Progetto Red Carpet, prevede che il paziente esegua in un'unica seduta ambulatoriale esami ematici, ecografia addome e fibroscan; ciò ha rappresentato per i pazienti una modalità efficace di adesione ai programmi di diagnosi e cura, favorendo anche un maggior ingaggio terapeutico presso il SerD ed un miglioramento della relazione con gli operatori.

L'esperienza del progetto Red Carpet ha evidenziato quanto sia importante nella nostra popolazione di pazienti eseguire un attento screening delle infezioni a più alto rischio di trasmissione parenterale, e quanto questo obiettivo, con i test rapidi utilizzati per la diagnosi, sia realizzabile. Sarebbe auspicabile per il futuro disporre nei nostri Servizi di tali strumenti così come di percorsi facilitati verso i Centri Specialistici.

Grafico 3.

INVIO A CENTRO SPECIALISTICO



Bibliografia

Amon JJ, Garfein RS, Ahdieh-Grant L, Armstrong GL, Ouellet LJ, Latka MH, et al. Prevalence of hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, 1994-2004. *Clin Infect Dis.* 2008;46(12):1852-1858.

Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011;378(9791):571-583.

WHO Global Health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. June 2016

1.24

UN GRUPPO PER I DISTURBI DA USO DI COCAINA AL SERD DI BERGAMO

Tombini P.*[1], Cazzato M.[2]

[1] *Psicologo Psicoterapeuta, ASST Papa Giovanni XXIII, UOC Dipendenze, SerD Bergamo - ASST Papa Giovanni XXIII* [2] *Psicologa Tirocinante, UOC Dipendenze, SerD Bergamo - ASST Papa Giovanni XXIII*

Sottotitolo: COCAINA E GRUPPO RIPRESA FUNZIONI

In questo abstract viene presentato il lavoro di 14 anni del gruppo terapeutico per pazienti con disturbo da uso di cocaina presso il SerD di Bergamo.

Il gruppo segue il modello del GRF ideato dal Dott. Carlo Zucca Alessandrelli al CART di Milano.

Si tratta di un gruppo a termine ad orientamento Psicodinamico.

Da quattordici anni, presso il SerD di Bergamo è attivo un gruppo terapeutico rivolto ai pazienti con disturbo da uso di cocaina.

È un gruppo a termine, ad orientamento psicodinamico, che segue il modello del GRF (Gruppo Ripresa Funzioni), ideato da Carlo Zucca Alessandrelli nell'ambito del lavoro del CART di Milano.

Abbiamo appreso questo modello attraverso una formazione durata due anni presso il CART di Milano.

Il modello originario è rivolto a tutti quei pazienti che presentano problemi di dipendenza e di narcisismo.

A Bergamo abbiamo scelto di sperimentarlo solo sui pazienti con Disturbo da Uso di Cocaina, perché ci sembravano quelli più scoperti terapeuticamente, rispetto ad altre sostanze (eroina, alcol).

Abbiamo anche apportato alcune modifiche metodologiche che si sono rivelate molto efficaci, sia per risolvere il problema del reclutamento dei pazienti, sia perché hanno introdotto nuovi stimoli capaci di dare ulteriore impulso al lavoro del gruppo.

Nel modello di GRF originario il gruppo ha una durata di 10 mesi e tutti i partecipanti iniziano e terminano insieme il trattamento.

Nel modello di GRF di Bergamo:

Il percorso può durare sei mesi, con la possibilità per il paziente di scegliere di portarlo a nove mesi, in base alla sua percezione, condivisa nel gruppo, del grado di miglioramento raggiunto.

Le uscite e i nuovi ingressi dei pazienti avvengono a rotazione ogni tre mesi. Questo significa che nel gruppo troveremo pazienti distribuiti su tre livelli, quelli appena entrati, quelli che sono nel gruppo da tre mesi e quelli che sono nel gruppo da sei mesi.

Questa modifica facilita il reclutamento dei pazienti, perché è più semplice trovare tre pazienti idonei ogni tre mesi, piuttosto che nove pazienti idonei contemporaneamente nello stesso momento. Ma ci siamo accorti che facilita anche l'integrazione dei nuovi arrivati e fornisce una spinta notevole alla motivazione al cambiamento, sfruttando le restituzioni e i risultati già raggiunti dai pazienti più "anziani".

Il gruppo si riunisce settimanalmente, dura un'ora e mezza ed è composto da 8, massimo 9 pazienti.

I criteri di selezione dei pazienti sono:

Giovani adulti/adulti (dai 26 anni in poi);

Disturbo da uso di cocaina con possibile associazione di altre sostanze secondarie o GAP, esclusa l'eroina;

Presenza di una buona motivazione al cambiamento;

Esclusi disturbi psicopatologici severi.

È da evitare anche l'inserimento di pazienti fortemente paranoici.

Si è scelto di non inserire pazienti che presentano anche un disturbo da uso di eroina per facilitare una veloce identificazione nel comune denominatore "uso di cocaina", in quanto l'uso di eroina avrebbe rappresentato un forte polo di differenziazione dal resto del gruppo.

L'obiettivo del gruppo è far crescere un senso di Sé sufficientemente forte da reggere le tensioni relazionali che si sono create nell'area conflittuale generazionale primaria. Nel percorso di gruppo questa area conflittuale viene protetta, viene messa in "latenza", in quanto troppo difficile da attraversare, a causa di un Sé troppo fragile. Per questo motivo i contenuti delle sedute si concentrano sul qui ed ora, sulle difficoltà, sulle emozioni, sui progetti, sui sentimenti e gli affetti della vita quotidiana di ciascuno dei partecipanti.

Il gruppo rappresenta un potente strumento di cambiamento attraverso alcuni fattori che i partecipanti percepiscono fin dalle prime sedute e che vengono verbalizzati nei modi seguenti:

Riuscire a parlare di problemi che all'esterno non vengono trattati;

Possibilità di condividere esperienze comuni, ma anche differenti;

Imparare a gestire emozioni e imparare ad esprimerle;
Considerare la conclusione del percorso non solo come un punto di arrivo ma anche come un punto di partenza per ulteriori percorsi;

Aumentata capacità di mentalizzazione e riflessione rispetto ai temi trattati nel gruppo;

Aumenta la forza e la motivazione per riuscire a rimanere astinenti;

Da un senso di uguaglianza;

Aumentata la capacità di relazione con familiari, amici e persone significative;

Ci si sente compresi e non giudicati;

Comprensione delle motivazioni legate al bisogno della sostanza;

Individuazione di fattori che favoriscono l'astinenza;

Riduzione della propria svalutazione verso la costruzione di una nuova autostima.

Concludo con una citazione del Dott. Zucca Alessandrelli: "Il GRF favorisce nei componenti l'emergere e il rendersi conto di una capacità che è in loro... Il sentirsi protagonisti con altri e con il terapeuta di questo processo, in quanto si contribuisce a svolgerlo, fa sentire in sé la potenza di dare senso e la ripresa della fiducia."

Alcuni dati dell'attività di gruppo

Nella tabella allegata vengono presentati alcuni dati dell'attività del gruppo nel corso dei quattordici anni. Sono transitati nel gruppo 117 pazienti, di cui 115 maschi e 2 femmine. Il gruppo è misto, ma abbiamo stabilito come criterio la presenza contemporanea di almeno due partecipanti dello stesso genere. Purtroppo solo in un'occasione siamo riusciti ad inserire due donne contemporaneamente, mentre in altre due occasioni è stata inserita una sola donna che aveva accettato di essere l'unica rappresentante del suo genere. Di questi 117 pazienti, 91 hanno completato il percorso (> 6 mesi), mentre 26 hanno interrotto prima dei sei mesi, con le seguenti motivazioni:

Cause lavorative (4);

Non specificate (8);

Ingressi in comunità (4);

Carcerazione (2);

Decisione del terapeuta per troppe assenze e scarsa motivazione (3);

Decisione di avviare percorsi individuali (1);

Incompatibilità di orari (4).

GRUPPO RIPRESA FUNZIONI:

Durata	N. Partecipanti	Nuovi	Maschi	Femmine	N. Incontri	Interruzioni	>6 mesi	Media N. Partecipanti
Novembre 2007- Giugno 2008	9	9	9	0	25	1	8	8
Novembre 2008- Dicembre 2009	14	13	13	1	40	6	7	8
Gennaio-Dicembre 2010	11	7	10	1	37	2	5	5
Gennaio-Dicembre 2011	15	11	13	2	41	3	8	7
Gennaio-Dicembre 2012	14	9	14	0	39	2	7	5
Gennaio-Dicembre 2013	12	10	12	0	37	2	8	5
Gennaio-Dicembre 2014	17	13	17	0	39	2	11	5
Gennaio-Dicembre 2015	15	10	15	0	32	1	9	7
Gennaio-Dicembre 2016	12	5	12	0	37	0	5	6
Gennaio-Dicembre 2017	17	11	17	0	38	3	8	6
Gennaio-Dicembre 2018	11	6	11	0	39	1	5	5
Gennaio-Dicembre 2019	13	10	13	0	41	2	8	5
Gennaio-Dicembre 2020	8	3*	8	0	20	1	2	5
Aprile 2021	5	0	5	0	13	0	0	5
TOTALE		117	115	2		26	91	

Legenda tabella

Partecipanti= numero di ingressi nel corso dell'anno.

Nuovi= numero partecipanti che hanno iniziato il percorso, non provenienti dall'anno precedente.

Maschi/femmine= numero di partecipanti uomini e donne.

N. Incontri= totale delle sedute annuali.

Interruzioni= numero di partecipanti che non hanno svolto il percorso di almeno 6 mesi.

>6 mesi= numero di partecipanti che hanno svolto il percorso per almeno 6 mesi.

Media N. Partecipanti = numero di partecipanti presenti in media per ciascuna seduta.

La durata dei gruppi prevede una pausa estiva di circa 2 mesi.

*A causa dell'emergenza sanitaria il gruppo è stato sospeso dal mese di marzo al mese di luglio.

Bibliografia

Zucca Alessandrelli C., "GRF: il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni". Prima parte. *Gli Argonauti*, 91, 2001, 319-336.

Zucca Alessandrelli C., "GRF: il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni". Seconda parte. *Gli Argonauti*, 92, 2002, 45 - 65.

Zucca Alessandrelli C. (2006), "Il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (GRF): una nuova terapia di gruppo per la dipendenza", in Sava V., La Rosa E. (a cura di), *Lo spazio dei limiti*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Kanzian E, Halliday, McAuliffe (1990), "La Dipendenza e il Sé Vulnerabile", Piccin, Padova, 1997.

1.25

CENTRO ANTIFUMO DI TARANTO (ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI 2° LIVELLO): ESPERIENZE E RISULTATI DEL PERCORSO TRATTAMENTALI NELLA SMOKING CESSATION

Verardi V.*[1], Causo P.[2], German S.[2], De Carolis M.[2], Mele V.[2], Ariano V.[2]
[1] Asl Taranto - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Anti-smoking center of Taranto (2nd level outpatient activity): experiences and results of the treatment path in the SMOKING CESSATION

Centro antifumo di Taranto (attività ambulatoriale di 2° Livello): esperienze e risultati del percorso trattamento nella SMOKING CESSATION

Anti-smoking center of Taranto (2nd level outpatient activity): experiences and results of the treatment path in the SMOKING CESSATION

Riassunto

Nella dipendenza da tabacco intervengono molti fattori di tipo psicologico, neurobiologico e sociale, per questo si tratta di una dipendenza difficile da combattere. Sappiamo che entrano in gioco alterazioni neurochimiche, che la nicotina modifica strutture recettoriali e induce cambiamenti comportamentali relativi alla memoria, le emozioni, l'apprendimento, come fanno altre sostanze psicotrope. L'uso di tabacco, peraltro, continua ad essere la prima causa di morte evitabile in Occidente, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Una verità ripetuta ad ogni occasione, premessa di ogni ricerca, ma ancora poco considerata nella pianificazione delle politiche sanitarie nel nostro paese.

È ben documentato che la maggior parte dei fumatori giudicano il tabacco dannoso per l'organismo ed esprimono il sincero desiderio di ridurre il consumo o di smettere definitivamente di fumare. Sfortunatamente la statistica ci dice che solo il 6% delle persone che

provano a smettere di fumare ce la fanno, mantenendosi astinenti oltre il mese. Anche la nicotina, come tutte le altre droghe, attiva nel cervello i cosiddetti "circuiti della gratificazione", quelli che regolano le sensazioni di piacere. Il fumo di sigaretta produce una rapida distribuzione della nicotina nel cervello, con livelli di picco entro i 10 secondi dall'inalazione. Comunque, gli effetti acuti della nicotina scemano in pochi minuti, così come succede per l'associata sensazione di gratificazione, che costringe il fumatore a continuare l'autosomministrazione di "dosi" al fine di mantenere gli effetti piacevoli della sostanza e prevenire l'astinenza. I sintomi di astinenza da nicotina includono irritabilità, craving (forte desiderio di assumere la sostanza), deficit cognitivi e attentivi, disturbi del sonno, accresciuto appetito. Questi sintomi possono iniziare solo poche ore dopo l'ultima assunzione e portano generalmente il soggetto a fumare di nuovo. Il picco sintomatologico dell'astinenza avviene nei primi giorni dalla sospensione dell'uso di tabacco e può diminuire in poche settimane, anche se in alcune persone i sintomi possono protrarsi anche per mesi.

Nella ASL Taranto è stato istituito l'11 aprile del 2016 presso il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche un Ambulatorio di 2° livello per il Trattamento della disassuefazione dal fumo di tabacco. Esso offre un intervento specialistico mirato al trattamento della dipendenza effettuato sia a livello individuale che di gruppo.

Materiali e metodi

L'attività ambulatoriale prevede una valutazione medica e psicologica della dipendenza tabagica, terapia farmacologica, terapia psicologica cognitivo-comportamentale individuale o di gruppo.

Attualmente la terapia di gruppo viene svolta in collaborazione con il personale del Distretto Unico e della Pneumologia territoriale con lo schema di 8 incontri con una frequenza di due o tre volte l'anno in relazione alle richieste e disponibilità degli utenti. Nell'ambito di tale percorso è previsto l'intervento specialistico dello Pneumologo in un giorno dedicato in cui si affronta l'argomento del danno indotto dal fumo, dove contestualmente vengono effettuati esami spirometrici. Vengono effettuate inoltre dal medico specialista tossicologo esami della misurazione del monossido di carbonio e fornite informazioni sulle eventuali terapie farmacologiche specifiche per la disassuefazione al fumo.

Risultati

Dal 2016 ad oggi sono stati presi in carico e trattati N° 400 pazienti con i seguenti risultati:

Drop Out al trattamento dopo circa un mese dalla presa in carico è pari al 30% dei pazienti;

Pazienti che hanno scelto di effettuare esclusivamente una terapia di supporto e sostegno psicologico è pari al 25% e di questi nel follow up ad un anno sono rimasti astinenti il 5 %;

Pazienti che hanno scelto di effettuare esclusivamente un trattamento di tipo farmacologico (Vareniclina, Bupropione, Citisina, NRT) è pari al 20 % dei quali ad un anno di follow up sono rimasti astinenti l'8 %;

Pazienti che hanno scelto di effettuare un trattamento di tipo integrato(farmacologico e psicologico) è pari al 20% e di questi nel follow up ad un anno sono rimasti astinenti il 13%.

Conclusioni

L'approccio al tabagismo è uscito da diversi decenni dall'ambito generico delle "raccomandazioni a smettere", per entrare a pieno titolo tra i trattamenti clinici validati. Non poteva essere diversamente, dal momento che una enorme mole di letteratura scientifica ha mostrato che si tratta di una vera e propria patologia, inquadrabile a pieno titolo tra le dipendenze riconosciute.

Dai dati emersi in 5 anni di attività ambulatoriale si evince, a conferma di quanto già evidenziato in letteratura scientifica che il trattamento di natura integrata risulta significativamente più efficace rispetto agli esclusivi trattamenti di natura psicologica o farmacologica.

Bibliografia

"Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco 2018" - B. Tinghino

Area tematica 2 ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

2.1

DI NECESSITÀ VIRTÙ: DAL “PLAN B” AL “PLAN B-2”. LABORATORIO DI ASCOLTO E PAROLA PER GLI STUDENTI DELLE SCUOLE DI SECONDO GRADO DELLA PROVINCIA DI TARANTO, PRIMA DELLA PANDEMIA DA COVID-19 (“PLAN B”) E DURANTE (“PLAN B-2”)

Lacatena A.P.L.*[1], Ariano V.[1]

[1]Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA - Taranto - Italy

Sottotitolo: Il Laboratorio di ascolto e parola del DDP ASL TA “Plan B” sulle sostanze psicotrope e i comportamenti a rischio tra e a favore dei giovanissimi”, nonostante le restrizioni imposte dalla pandemia da Covid-19, ricalibrato in modalità online (“Plan B-2”), non si è interrotto, mantenendo, peraltro, la sua peculiarità: l’interattività.

Di necessità virtù: dal “Plan B” al “Plan B-2”

Laboratorio di ascolto e parola per gli studenti delle scuole di secondo grado della provincia di Taranto, prima della pandemia da Covid-19 (“Plan B”) e durante (“Plan B-2”)

In principio fu “Plan B”

I frequenti mutamenti legati all’offerta e alla tipologia di sostanze, alle modalità di assunzione delle stesse e all’abbassamento dell’età dei consumatori (soprattutto di alcol e cannabis) impongono a quanti si occupano di uso/dipendenze patologiche una riflessione in grado di coinvolgere più soggetti e realtà (istituzionali e non) presenti sul territorio.

La complessità della problematica richiede, infatti, il

concorso multidisciplinare e multiprospettico di personale altamente qualificato, dalla formazione personale e professionale accurata e continua, capace di includere l’auspicabile contributo di realtà impegnate, sia pur con finalità differenti, nel mondo dei giovani e dei giovanissimi.

Il progetto “Plan B” elaborato sulla scorta di diversi incontri tenuti presso il Tribunale dei Minori, la Prefettura, la Questura e il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) della ASL di Taranto, con la collaborazione della sezione jonica del Sindacato Locali da Ballo (SILB) e della locale Confcommercio ha provato a partire dall’anno scolastico 2018-2019, a rispondere al bisogno/necessità di ascolto, orientamento, sostegno e informazione della fascia d’utenza non assimilabile a quella comunemente afferente al SerD sia per età - spesso più adulta- sia per relativi patterns rispetto alle sostanze (legali e illegali) e ai comportamenti a rischio. L’iniziativa fa leva sulla convinzione che un’informazione più precoce e partecipata, possa risultare per i soggetti coinvolti più interessante e meno avulsa dal loro consueto quotidiano.

Il progetto ha inteso promuovere uno spazio di ascolto e parola finalizzato all’informazione, al confronto per aiutare i ragazzi coinvolti a gestire le tante situazioni critiche o i particolari momenti di transizione legati a quella fase di vita che è l’adolescenza, alla conoscenza dei rischi (sanitari e legali) legati al consumo di sostanze psicoattive (legali e illegali), ad affrontare e aumentare la consapevolezza delle criticità presenti nel proprio contesto di vita, individuando possibili soluzioni e valorizzando le risorse di cui gli stessi sono portatori.

“Plan B” ha cercato, inoltre, di promuovere lo scambio di conoscenze e percezioni tra realtà istituzionali e contesti informali, analizzando in chiave socio-culturale-economica il fenomeno fuori da approcci moralistici o scientificamente discutibili.

L’obiettivo degli incontri/laboratori è stato quello di esplorare la dimensione del consumo con i ragazzi, dando parola a loro e a quanti, a diverso titolo, si muovono all’interno del mondo dei giovani.

Gli operatori del DDP (medico, sociologo, assistente sociale, educatore debitamente formati per l’iniziativa), unitamente a uno o più rappresentanti della Polizia di Stato dell’area dei minori e a uno o più operatori della notte (barlady o barman, gestore discoteche, dj, addet-

ti alla sicurezza, pr) hanno avviato gli incontri presentando il proprio campo di osservazione e azione e, brevemente la normativa di riferimento. I tempi imposti sono stati volutamente concisi (non oltre i 15 minuti per ogni area) per provare a dare quanto più spazio possibile alla voce dei ragazzi che con domande, curiosità, letture specifiche del fenomeno e esperienze (solitamente di... amici), hanno animato la discussione.

Destinatari

Studenti di Scuola di secondo grado del territorio afferente all'Azienda Sanitaria Locale di Taranto (ASL TA)

Obiettivi

- 1) Informare e sensibilizzare la popolazione giovanile (soprattutto minori) e stakeholder (portatori di interesse) dell'esistenza, incidenza, sintomatologia, comorbidità e conseguenze clinico-relazionali e giuridiche dell'uso di sostanze;
- 2) promuovere lo sviluppo delle social skill e di un processo di decision making più maturo e consapevole negli adolescenti;
- 3) aprire un dialogo tra mondo dei minori e mondo degli adulti (professionisti del settore, Polizia di Stato, operatori del mondo dell'aggregazione e del divertimento). Il progetto "Plan B" ha espresso, dunque, il duplice scopo di accrescere le competenze di ragazzi e dei professionisti del settore (sanità, legge, mondo del divertimento), mirando attraverso il confronto alla sensibilizzazione e all'informazione, con modalità pensate, suggerite soprattutto discusse e realizzate dai e con i diretti interessati.

Obiettivi Specifici

- Analisi e rivisitazione del ruolo sociale dell'operatore (DDP, Polizia di Stato, operatori mondo del divertimento) (approccio Knowledge-focused)
- Analisi e rivisitazione del ruolo sociale del minore e potenziamento delle abilità sociali secondo l'approccio Knowledge-focused
- Analisi delle reciproche modalità attraverso le quali conoscenze, influenze, atteggiamenti e credenze influenzano l'agire (approccio Cognitive models)
- Valutazioni sia degli operatori sia degli studenti spendibili nella riformulazione dell'intervento e nel miglioramento dello stesso.
- Realizzazione di materiali audiovisivi.

Metodologia

Il percorso si basa sui seguenti presupposti metodologici:

1. Attenzione al "gruppo" come uno dei contesti privilegiati del lavoro sociale. Il gruppo è in prima istanza

un "soggetto collettivo", in grado di produrre cultura e di innescare processi di cambiamento.

2. La connessione fra soggetto, "micro" (gruppo classe-minori) e "macro" (professionisti di singoli settori-istituzione).

3. L'analisi delle aspettative, delle motivazioni e dei livelli di partenza dei partecipanti anche allo scopo di rivedere le conoscenze e le "scelte" delle persone interessate con le stesse e senza imposizioni.

Ogni incontro si è sviluppato su due direttive integrate ossia l'esperienza di sviluppo personale e la valorizzazione delle esperienze portate da tutti i testimoni privilegiati.

Materiali

Il Progetto Plan B ha previsto l'utilizzo di materiale a disposizione del DDP ASL TA da rivedere, modificare o realizzare ex novo a conclusione dell'iniziativa (vedi allegati), in collaborazione con i giovani partecipanti immesso nei circuiti ufficiali della comunicazione (sito o pagina Facebook, Instagram, ecc. e, dove possibile proiettati e distribuiti nel corso delle serate all'interno dei locali o pubblicizzati nelle scuole).

Lo stesso Progetto ha portato con la collaborazione del SILB tarantino all'organizzazione di eventi specifici - calendarizzati in collaborazione con gli esercenti e nel rispetto della propria vocazione commerciale - all'interno dei locali da ballo finalizzati a promuovere consapevolezza, conoscenza e sensibilità tra i giovani in merito a comportamenti alcol/drug free.

Piano di valutazione

Per qualsiasi iniziativa la valutazione dell'outcome è intesa come la determinazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore.

Per ciò che riguarda lo specifico Progetto, con la valutazione dell'outcome si è voluto verificare se gli interventi attuati abbiano prodotto risultati sperati, se hanno soddisfatto il target di riferimento cui erano diretti e se hanno modificato in senso positivo eventuali distorsioni cognitive e comportamentali.

Come per qualsiasi campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso a modificare comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa - effetto fra l'intervento effettuato ed i risultati riscontrati, dovendosi sommare lo stesso influenzato da molteplici variabili ambientali e di contesto non governabili.

Alla luce di quanto sopra è chiaro che, nella valutazione dell'outcome, non è stato possibile applicare la stessa metodologia che viene utilizzata per documentare l'ef-

ficacia ad esempio di un determinato farmaco in una specifica patologia, situazione in cui, il rapporto causa effetto, è chiaro.

La griglia per la valutazione dell'outcome, pur nella consapevolezza della presenza di fattori esterni interferenti e non controllabili, ha previsto alcune specifici riferimenti: livello di gradimento, di apprendimento e di utilità percepita del percorso formativo attraverso analisi dei questionari anonimi somministrati agli alunni/ stakeholders coinvolti (valutazione quantitativa) e verifica dell'apprendimento con test somministrato prima e dopo l'incontro.

Il progetto non ha previsto costi per il DDP ASL TA. I laboratori sono stati realizzati nelle singole realtà scolastiche in orario di servizio per gli operatori e di lezione per gli studenti. Nell'anno scolastico 2018-2019 sono stati coinvolti circa 960 giovani studenti. Nell'anno scolastico 2019-2020 poco oltre la soglia dei 600.

...Poi è arrivata la pandemia da Covid-19.

Dal Progetto "Plan B" al Progetto "Plan B-2"

Il sopraggiungere della pandemia da Coronavirus, la conseguente necessità di osservare quanto disposto in materia di prevenzione dal contagio compresa la prolungata chiusura degli Istituti scolastici hanno inevitabilmente segnato l'interruzione del progetto "Plan B" - almeno nella sua forma originaria - a partire dal 5 marzo 2020.

Considerata la situazione e i rischi discendenti dalla stessa, il DDP ASL TA ha cercato di recuperare il contatto con la popolazione studentesca di Taranto e provincia attraverso l'offerta del Catalogo Regionale della Prevenzione e sperimentando l'iniziativa in modalità online ("Plan B 2"), soprattutto attraverso il canale dell'Alternanza Scuola-Lavoro dell'Ufficio Formazione della medesima Azienda Sanitaria Locale.

Le scuole, infatti, non sono parse disponibili ad accennare il carico di esposizione dei loro studenti già in modalità da remoto (DAD), fatta eccezione per l'Alternanza Scuola-Lavoro che ha continuato a configurarsi come un obbligo per accumulare i crediti formativi utili al percorso e al curriculum degli studenti.

Dall'esperienza accumulata in questi mesi e sulla scorta dei saperi veicolati dalla pandemia, appare preoccupante la situazione del consumo di sostanze legali e illegali nel territorio tarantino (e non solo) tra i minori. All'importanza di una corretta informazione rivolta a adolescenti e giovani, sono stati associati, proprio alla luce delle imponderabili contingenze e della necessità

di trarre qualche vantaggio da eventi che, potendo scegliere, non avremmo voluto, interventi favorevoli i processi di:

- attivazione emotiva finalizzati alla rielaborazione del vissuto accumulato da queste fasce d'età nel corso dei mesi della pandemia
- implementazione di relazioni di aiuto tra pari e condivisione di pensiero e parola
- occasioni di lavoro di gruppo e condivisione

"Plan B-2" si è configurata come un'iniziativa di smart learning con l'intento di coinvolgere i destinatari dell'informazione nella costruzione dell'informazione stessa. Troppe volte, infatti, nella realizzazione di strumenti di informazione, sensibilizzazione e prevenzione sul consumo di sostanze orientati ai più giovani, questi restano inascoltati quando non del tutto ignorati, portando a messaggi inutili e, in alcuni casi, dannosi. Questo Progetto nelle more di un ritorno alla normale attività scolastica ha permesso agli operatori del DDP ASL TA di relazionarsi da remoto con gli studenti e insieme progettare e realizzare, partendo da quanto attuato nelle precedenti edizioni del Progetto, nuovo materiale condiviso da utilizzare tra e per i ragazzi più giovani e piccoli video con messaggi brevi, incisivi, realistici da diffondere attraverso i social network (soprattutto Tik Tok).

Il DDP ASL TA ha coordinato le singole peculiarità delle componenti che sin dalla prima edizione hanno composto l'equipe di lavoro, lavorando su:

- conoscenze scientifiche sui temi delle dipendenze patologiche (sostanze legali, illegali, dipendenze comportamentali) fuori da luoghi comuni, mistificazioni ideologiche, semplificazioni massmediologiche
- acquisizioni teoriche (operatori del settore) e raccolta-rivisitazione di informazioni sul tema grazie anche all'intervento dei cosiddetti "testimoni privilegiati"
- condivisione di contributi multimediali e discussione sulla capacità di immagini e musica di influenzare i comportamenti dei più giovani.

Le classi che hanno aderito hanno beneficiato di:

- n. 3 incontri in modalità online (Zoom) della durata di 9 ore complessive.
- n. 1 incontro autogestito dagli studenti di discussione e programmazione sul cosa soffermarsi e come costruire i messaggi (format) per il social network per permettere a quanto appreso di essere utilizzato in chiave di sensibilizzazione e informazione di altri giovani e giovanissimi (e non solo).

- n. 1 incontro di lavoro autogestito nello spazio sia pur virtuale della Scuola con il coordinamento dell'insegnante referente per rielaborare quanto appreso e ciò che è stato ritenuto utile.

- n. 1 incontro finale di 3 ore per definire quanto elaborato nel corso dell'incontro tra pari e per stabilire modalità e tempi di lancio sul social del materiale realizzato.

Il Progetto si è rivolto agli studenti delle Scuole Superiori, ricalibrato di volta in volta in funzione della specificità del target (anno di frequenza, indirizzo formativo della scuola coinvolta, ecc.).

Nel corso dell'ultimo incontro previsto con i referenti del DDP ASL TA è stato valutato l'apprendimento dei partecipanti con una discussione finale, la partecipazione all'esperienza attraverso quanto elaborato e realizzato, la somministrazione di un breve questionario di gradimento.

In un'occasione l'operatore referente del Progetto ha partecipato, su invito dei rappresentanti degli studenti, all'Assemblea d'Istituto online per provare a continuare il dialogo con quanti non avevano preso parte al Progetto (Liceo Scientifico, "G. Vico" di Laterza - Taranto).

I riscontri relativi al Progetto da parte dei partecipanti e dei docenti referenti sono stati più che favorevoli, evidenziando una partecipazione insperata inizialmente alle attività proposte, riuscendo a creare ciò che con la Didattica a Distanza (DAD) non erano scontate, ossia interattività e confronto. La scelta di proporre, nonostante la modalità da remoto, attività di scrittura, sceneggiatura e realizzazione di video e contributi audiovisivi, ha certamente contribuito così come l'approccio informale e stimolante sul piano della fantasia e della creatività a creare uno spazio, senza programmi da rispettare e aspettative a cui corrispondere, fortemente orientato all'ascolto. Il Progetto, inoltre, ha fornito l'occasione per i giovani studenti di stare "insieme", finalizzando l'incontro-confronto al successivo realizzare qualcosa di concreto. Un modo per andare oltre il virtuale imposto, partendo dal contingente: dall'adolescente confinato (a dirla tutta nel corso dei vari lockdown anche a lungo dimenticato o, nel migliore dei casi, temporaneamente rimosso) all'adolescente con una stanza (Zoom) tutta sa, per dirla alla maniera woolfiana.

Facendo di necessità virtù, il Progetto "Plan B-2" ha soprattutto riservato nuovi spunti di riflessione a proposito delle scelte (modalità, linguaggi, simboli, ecc.)

relative all'informazione e sensibilizzazione alla problematica delle droghe e dei comportamenti a rischio tra i giovanissimi.

Non si può pensare di lavorare per loro senza prioritariamente lavorare con loro, ascoltandone percezioni e bisogni.

È possibile prendere visione dei materiali realizzati nel corso delle diverse edizioni del Progetto "Plan B" e "Plan B-2" formulando apposita richiesta ai referenti delle iniziative.

2.2

RIORGANIZZARE IL SERVIZIO PER ACCOGLIERE UTENTI UNDER 25 ANNI DI ETÀ

Savoini E.*[1], Marino F.[2], Giacomini T.[2], Rigo G.[2], Da Ros C.[2], Falcomer C.[3]

[1]AsFO Azienda sanitaria Friuli Occidentale Dipartimento Dipendenze - Azzano Decimo (Pordenone) - Italy, [2] Italy, [3]Cooperativa Sociale ITACA, Pordenone - Pordenone - Italy

Sottotitolo: L'equipe del SerD di Azzano X, facente parte del Dip. Dipendenze dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone, da circa 5 anni ha individuato una giornata, ed una modalità di accoglienza, dedicate al lavoro rivolto a giovani fino ai 25 anni di età, che presentano uso problematico, o dipendenza da sostanze e/o comportamenti a rischio.

Dal 2017 l'equipe del SerD di Azzano Decimo (PN) dedica una giornata alla settimana all'accoglienza, valutazione e presa in carico degli utenti più giovani, maschi e femmine fino ai 25 anni di età.

Questo permette di costruire modalità di accesso dedicate e di evitare commistioni con utenti con situazioni d'uso ormai ben strutturate.

Si tratta di una attività nata dalla consapevolezza della necessità di costruire spazi e modalità dedicati, che possano rendere il Servizio più interessante ed appetibile ad una fascia di età che fatica a rivolgersi ai Servizi ma che si trova coinvolta nell'uso di sostanze legali ed illegali spesso anche da tempo. L'obiettivo di uno spazio dedicato è quello di poter intercettare sia i giovani che vivono ancora nella fase della sperimentazione delle prime sostanze, che giovani che hanno un uso più strutturato che può includere anche attività di spaccio e può essersi già tradotto nella determinazione di reati penali e della definizione di misure alternative alla detenzione.

Le modalità di accoglienza prevedono una prima fase di valutazione, consistente in colloqui con tutti i componenti dell'equipe, al fine di consentire una reciproca conoscenza ed instaurare un primo aggancio con la persona. Nei limiti del possibile si predilige la scelta di

svolgere i primi colloqui con i componenti più giovani dell'equipe, di spaziare negli argomenti, prediligendo lo scambio dialogico sulle aree di maggiore interesse e competenza del giovane, per passare gradualmente ad una maggiore contestualizzazione del problema. Il focus è primariamente "accogliente ed educativo" e progressivamente passa alla parte più strettamente sanitaria, tranne nei casi in cui è necessario affrontare subito problematiche astinenziali o sanitarie non derogabili.

La fase di accoglienza prevede anche l'inizio degli esami tossicologici sistematici, successiva alla condivisione del significato terapeutico, e non di mero controllo, di tale procedura, e l'avvio dello screening per le malattie infettive e sessualmente trasmissibili, sempre successivo ad una condivisione di significati ed obiettivi.

Terminata l'accoglienza/valutazione si incontra il giovane per fare il punto della situazione ed esplicitare la proposta di presa in carico, si tratta di un passaggio in continuità alla fase precedente, che in genere giunge in un momento in cui, con l'interessato si è instaurato un primo germoglio di un rapporto di fiducia, in cui la persona ha avuto modo di constatare l'assenza di giudizio, e la volontà di accogliere la persona con una visione aperta ai diversi aspetti e necessità di vita, e non unicamente focalizzata sull'uso di sostanze.

La proposta di presa in carico prevede obiettivi individuali, commisurati agli interessi dell'interessato, ove è necessario, si imposta una terapia farmacologica, che viene monitorata settimanalmente, o più spesso, se necessario, ed attività in piccolo gruppo, a cadenza settimanale, a valenza educativa. In parallelo vi possono essere colloqui individuali, a cadenza regolare, oppure al bisogno, secondo le necessità del singolo, con le diverse figure professionali (medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere). La presa in carico è sempre effettuata da parte dell'equipe, e non dal singolo operatore, con la possibilità di svolgere percorsi specifici di approfondimento con il singolo professionista.

Permane l'attenzione di tutte le figure professionali di mantenere una condivisione di obiettivi e dell'andamento di percorso con tutta l'equipe, in accordo con l'interessato.

Per gli utenti selezionati per l'attività di gruppo, gli incontri si svolgono con cadenza settimanale, in orario serale, per permettere sia agli studenti, che ai lavoratori, di poter partecipare, hanno modalità educative centrate su esperienze laboratoriali e concrete, esperite sia in luoghi chiusi che all'aperto, in diverse realtà del territorio.

La modalità guida si fonda sul principio della condivisione concreta di esperienze, relazioni ed emozioni, all'interno del confronto tra pari, con il coinvolgimento attivo degli operatori, per poi fermarsi a ragionare sull'esperienza vissuta per esplicitare vissuti, relazioni, emozioni e creare dei parallelismi con le attività della vita quotidiana.

Il dettaglio delle attività viene definito dagli operatori, a partire dalle caratteristiche, anche cognitive, dei partecipanti, e dagli interessi dei ragazzi coinvolti. Ha una ciclicità bimensile, per consentire sia l'esperienza di vedere la conclusione di una attività, con il conseguente raggiungimento dell'obiettivo prefissato, sia di poter inserire nuovi utenti ad ogni ciclo di incontri.

Le attività prevedono anche il coinvolgimento di persone esperte nelle singole discipline proposte, in stretta collaborazione con gli operatori del SerD (prevalentemente educatore, affiancato da ass. soc. e psicologo) a cui rimane il compito della gestione delle dinamiche di gruppo e dei passaggi "più mentalizzati".

Preferibilmente le attività vengono scelte dai ragazzi, o meglio, emergono dalle esperienze dei ragazzi, o dalla prevalenza di situazioni condivise o condivisibili. Alcune delle attività svolte sono:

laboratorio di song writing, semina e coltivazione di piante ornamentali, attività in fattoria didattica, uscita speleo in notturna, escursioni in montagna, sia in notturna che diurne, arrampicata sportiva, canoa singola e di coppia, dragon boat, sup, laboratori per la costruzione di video riguardanti il tema delle sostanze, attività su testi/video musicali, story telling a tema, attraverso immagini, giochi di problem solving, giochi di collaborazione, esperienze di ascolto e narrazione con scambio di ruoli, role playing, Incontri a tema con "l'esperto" partendo dalle conoscenze dei primi esperti, ossia dei ragazzi (prevenzione delle gravidanze, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili, rischi legali connessi all'uso ed allo spaccio, danni neurofisiologici legati alle sostanze, ruolo delle diverse sostanze e funzionamento neurofisiologico...).

Preferibilmente i temi vengono scelti dai ragazzi.

Il gruppo coinvolge mediamente 6-7 giovani di ambo i sessi, la fascia di età prevalente va dai 15-16 anni ai 24 anni di età, non vi è una tipologia di sostanze prevalente, per tutti i ragazzi vi è un poliabuso che ha come sostanza base da loro sottostimata l'alcol, unitamente molto spesso, alla cannabis o marijuana ed altre sostanze in modo più personalizzato (oppiacei sia fumati che iniettati, cocaina sniffata ed inalata, amfetamine, benzodiazepine, LSD, ketamina). Nel gruppo possono essere inclusi anche ragazzi/e che hanno una presa in carico mista SerD/Centro di Salute Mentale CSM/Neuropsichiatria Infantile/Consultorio/Tutela

Minori, pregressa o attuale.

In parallelo il Servizio propone ai genitori dei ragazzi fino ai 30 anni, in carico sia al SerD che al Centro di Salute Mentale, di partecipare agli incontri di gruppo per genitori che si svolgono a cadenza bisettimanale, e vengo condotti da operatori del SerD (medico e psicologo) unitamente ad operatori del CSM (psicologo). Il Gruppo viene proposto anche a genitori di giovani che, pur essendo in carico ad uno, o entrambi i Servizi, non sono stati coinvolti nel gruppo giovani per scelta clinica.

L'obiettivo del Gruppo Genitori è quello di offrire uno spazio per il confronto tra persone che condividono una esperienza simile, con l'attenzione ad aiutarli a mantenere uno sguardo anche alla propria persona ed ai propri bisogni, per sostenerli ad uscire dal ruolo di genitore di ragazzo problematico. Il gruppo, a ciclo continuo, permette di accogliere nuovi partecipanti nel corso dell'anno, ed al tempo stesso, di far tesoro dell'esperienza dei partecipanti già presenti da tempo. Si presenta come luogo per il confronto, talvolta lo scontro o lo "sfogo" personale, ma anche come luogo di condivisione di pensieri evolutivi e di possibilità di cambiamento. Gli operatori presenti aiutano a garantire il rispetto di tutti i presenti e le loro storie, aiutano a dare significati ai vissuti emersi, e forniscono informazioni riguardanti comportamenti, diagnosi, terapie, diverse tipologie di azione delle sostanze e significato che possono avere per la persona che ne fa uso.

Risorse e costi

Il Servizio non dispone di risorse economiche o personale dedicato ad hoc bensì si avvale del personale in forza alla Equipe, attualmente costituita da: un medico, uno psicologo, un educatore professionale, un ass. sociale ed un infermiere a tempo pieno.

Gli spazi utilizzati sono gli ambulatori della sede e l'ambiente naturale del territorio.

Il personale tecnico che collabora per le singole attività specifiche (canoa/escursioni/fattoria...) si adopera a titolo gratuito e volontario, spinto dalla curiosità/desiderio di mettere le proprie competenze a disposizione di giovani in cerca di identità.

Il costo di eventuali accessi a strutture (es: palestra di arrampicata) o coperture assicurative (es. canoa) è a carico individuale, sia per gli utenti che per gli operatori, questi ultimi hanno il compito di cercare di concordare con i referenti delle attività, dei costi accessibili per gli utenti, per cui spesso le spese si riducono a cifre simboliche legate agli obblighi assicurativi.

Occasionalmente ci si è avvalsi della donazione economica di Associazioni del territorio, sensibili alla realtà

di giovani che si rivolge al nostro Servizio, per finanziare attività legate a progetti specifici scritti, che definiscono tempi, modalità, obiettivi e tipologia di utenti coinvolti.

Da gennaio 2020 si è potuto usufruire di una risorsa aggiuntiva dedicata, consistita in ore lavoro di un educatore professionale, per 4 ore settimanali, reperito dalla Cooperativa Sociale Itaca, attraverso budget di salute, destinato al Gruppo Giovani.

Valtazione ed efficacia

Ogni edizione del Gruppo è definita da un progetto scritto e prevede l'utilizzo di test psicometrici standardizzati, somministrati ad inizio ed a conclusione del percorso, per monitorare gli effetti del percorso sui singoli partecipanti. L'esito viene condiviso con gli interessati, singolarmente al termine degli incontri.

Durante il percorso, periodicamente il gruppo, ed i singoli, vengono confrontati in merito agli esiti degli esami tossicologici settimanali, effettuati nel periodo di riferimento, al fine di aumentare l'autoconsapevolezza, favorire un pensiero di tutela della salute personale e ridefinire gli obiettivi individuali.

Bibliografia

- Norman S. Endler, James D.A. Parker, *CISS Coping Inventory for Stressful Situations, Adattamento italiano a cura di S. Sirigatti, C. Stefanile e S. Lera, Giunti OS, 2013*

- Spiller V., Zavan V., *MAC2-A Questionario per la valutazione della motivazione al cambiamento, versione 1.0-6/2005*

- *Pubblicazione Area e Poster IX Congresso Nazionale FEDERSERD, T04-P03 "Progetto Gruppo Giovani "KAIROS" (<https://eposter.meetbit.it/expo2020/doc/3285>). Titolo del Congresso "La clinica delle dipendenze: le priorità e la sostenibilità per un sistema che cambia", organizzato da FeDerSerD, svoltosi online, dal 18.11.2020 al 20.11.2020.*

2.3

DOPPIA DIAGNOSI E COACHING PSICOSOCIALE

Sottana S.*[1], Moret F.[2], Saccon D.[3]

[1]Università degli studi di Udine ~ Udine ~ Italy, [2]Associazione Solidarietà Dicembre '79 - Dipartimento per le dipendenze AULSS4 Veneto Orientale ~ San Donà di Piave ~ Italy, [3]Dipartimento per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale ~ San Donà di Piave ~ Italy

Sottotitolo: Valutazione dell’impatto di un intervento riabilitativo territoriale volto all’incremento dell’autonomia e della qualità della vita.

Sommario

In questo lavoro si valuta l’efficacia del dispositivo di riabilitazione psicosociale, denominato “Coaching Psicosociale” (CP), costituito da un programma educativo di sostegno alla recovery per pazienti in carico al SerD dell’ULSS4 “Veneto Orientale”.

Viene presentato uno studio sull’outcome del programma CP dalla data del suo inizio ad oggi (2105 - 31 agosto 2021), basato sulla totalità del gruppo di pazienti coinvolti, ed una valutazione più specifica degli aspetti legati alla sfera delle relazioni sociali, attraverso l’utilizzo della scala HoNOS. In questa seconda parte dello studio sono stati selezionati 19 pazienti che hanno effettuato almeno tre semestri di trattamento; 11 di loro, oltre ad una diagnosi di dipendenza da sostanze, presentano una diagnosi di comorbidità psichiatrica.

Elaborazione primo semestre	Elaborazione secondo semestre	Elaborazione terzo semestre
Variazioni di punteggio per 17 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 34, la somma dei punteggi peggiorativi è 27,6, comunque minore rispetto a W. Nei primi sei mesi il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.	Variazioni di punteggio per 16 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 29, la somma dei punteggi peggiorativi è 9, comunque minore rispetto a W. Nel primo anno il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.	Variazioni di punteggio per 15 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 25, la somma dei punteggi peggiorativi è 0, comunque minore rispetto a W. Nei primi diciotto mesi il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.

Il progetto Coaching Psicosociale e i pazienti in doppia diagnosi

La Doppia Diagnosi (DD), intesa come la presenza di un disturbo da uso di sostanze ed un altro disturbo psichiatrico, risulta un problema clinico che richiede una

importante risposta sanitaria, caratterizzata da interventi multidisciplinari complessi. La DD induce diversi servizi, sociali e sanitari, a cooperare sul piano riabilitativo attraverso l’integrazione di azioni che rispondano ai bisogni sociosanitari del soggetto. Nel nostro territorio abbiamo sviluppato un approccio, che riteniamo interessante, nella gestione di queste problematiche definito come attività di “Coaching Psicosociale”. Il Servizio prevede l’affiancamento individuale di un Educatore Professionale con funzioni di “coacher psicosociale” che rinforza gli altri interventi specifici effettuati col paziente in molteplici setting diversamente strutturati (ambulatorio, centro diurno, inserimento lavorativo, accesso a servizi sanitari e sociali di vario genere), ponendosi l’obiettivo di coinvolgere attivamente il soggetto nel percorso di cura, favorire la sua compliance rispetto al trattamento terapeutico, nonché incrementare la qualità della sua vita.

In questo progetto l’educatore è chiamato ad “uscire” da quelli che sono definiti i luoghi di cura tradizionali e svolge la propria pratica professionale nei contesti di vita del paziente. Viene richiesta all’educatore un’estrema flessibilità nell’adattare il proprio intervento al fine di perseguire al meglio gli obiettivi del progetto, orientato alla recovery ed al potenziamento dell’autonomia personale. Talvolta, l’educatore funge da mediatore con gli operatori di riferimento dei servizi sociali e sanitari, come con all’amministratore di sostegno qualora presente, e può orientare e coordinare le scelte in favore del paziente.

Le aree di intervento specifiche sono definite in base alle caratteristiche del paziente, del suo grado di compromissione, dell’età e delle esigenze personali e familiari e possono comprendere:

- cura di sé e gestione della malattia;
- autonomia abitativa;
- area relazionale;
- area occupazionale;
- adesione/alleanza terapeutica.

Gli interventi sono promossi all’interno di un contesto “naturale”, come l’abitazione o il territorio in cui il paziente vive. Quando necessario viene svolto un accompagnamento all’accesso in strutture ospedaliere ed enti pubblici o privati.

Il Coaching Psicosociale è quindi da considerarsi un servizio complesso, che richiede una costante capacità di lavoro di rete e di integrazione dei molteplici interventi che i vari professionisti dei servizi coinvolti svolgono in favore del paziente. L’Educatore, che in questo contesto assume il ruolo di Coacher Psicosociale, è chiamato a coordinare le azioni sul campo.

Metodo del Coaching Psicosociale

I beneficiari del progetto vengono individuati dall'équipe di professionisti del SerD che, coinvolgendo strettamente i servizi sociali dei comuni territoriali, provvedono a proporre il trattamento all'interessato; qualora vi sia il consenso e una condivisione del programma, viene fissato un appuntamento con l'educatore del CP, l'operatore di riferimento del Servizio ed il paziente al fine di concordare il progetto nel dettaglio. Successivamente all'avvio del programma, vengono stabiliti gli incontri e sarà interesse dell'Educatore aggiornare l'operatore di riferimento del SerD rispetto all'andamento del paziente, agli sviluppi del progetto nonché sulle varie problematiche o difficoltà che dovessero emergere. Il servizio di Coaching Psicosociale presenta quindi un'unisona collaborazione tra vari attori. Oltre al SerD questi attori possono essere, secondo i casi, il Centro Salute Mentale, l'Ospedale, l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna, il Medico di Medicina Generale, i Servizi Sociali dei Comuni di residenza degli utenti, i Centri per l'Impiego territoriali, le Agenzie del Privato Sociale, i gruppi di auto-aiuto (AA e CAT).

Le modalità operative contemplano attività finalizzate a: verificare attraverso il lavoro di rete che vengano rispettati gli accordi con i Servizi che hanno in carico gli utenti (Servizi Sociali, CSM, Ser.D., Centri Diurni...); aiutare le persone ad accrescere la motivazione per l'inserimento in programmi terapeutici residenziali, ricoveri ospedalieri o in soluzioni abitative alternative, in accordo con i Servizi di riferimento;

accompagnare in strutture riabilitative o altre strutture, in accordo con i Servizi di riferimento;

verificare insieme agli interessati e, dove presenti, gli Amministratori di Sostegno, la capacità di gestirsi economicamente;

affiancare e aiutare i pazienti nella ricerca lavorativa e nelle questioni burocratiche e amministrative (bollette da pagare, documenti da presentare, esenzioni da rinnovare, curriculum da aggiornare) senza sostituirsi, ma sviluppando le abilità necessarie per una loro autonomia; favorire l'acquisizione di abilità sociali attraverso il coinvolgimento in attività ricreative, culturali, di volontariato e per il tempo libero;

verificare la pulizia di sé e degli ambienti dove le persone vivono, valorizzando le azioni positive prodotte e aiutandole a correggere quelle negative;

cogliere il "clima relazionale" ed essere di supporto per determinare dei miglioramenti nelle dinamiche esistenti tra coinquilini, familiari e vicinato;

partecipare ad incontri e riunioni con gli Enti Pubblici che coordinano gli interventi;

compilare la scheda personale di ogni utente con indi-

catori per la rilevazione della situazione di avvio, le verifiche intermedie e le valutazioni finali.

Valutazione dell'outcome del Coaching Psicosociale

Obiettivi generali e specifici

L'obiettivo generale dello studio è quello di verificare l'efficacia dell'approccio di coaching psicosociale seguiti con questa modalità nel Dipartimento per le Dipendenze dall'ULSS4.

La ricerca si sofferma specificatamente su tre aspetti del trattamento di Coaching Psicosociale:

il miglioramento del funzionamento della persona;

la consapevolezza del beneficio tratto dalla partecipazione al Servizio da parte del fruitore;

la percezione di una maggiore qualità della vita.

Presentazione dei risultati

Metodologia valutativa

Verranno di seguito presentati gli esiti di due analisi sull'andamento del servizio: la prima prevede l'impiego della scala HoNOS, per monitorare e valutare i cambiamenti rispetto ad una delle aree di intervento individuate in fase di ideazione e strutturazione del servizio, ovvero quella delle relazioni sociali. La seconda analisi, di carattere più generale, valuterà il successo del servizio in merito agli esiti del percorso terapeutico dei suoi utenti.

Come descritto nei paragrafi precedenti, uno degli aspetti cardine dell'approccio di Coaching Psicosociale è rivolto al miglioramento del paziente rispetto all'area del funzionamento sociale; per misurare i cambiamenti compiuti dai pazienti è stata utilizzata la scala HoNOS (items 9, 10, 11, 12 HoNOS, revisione novembre 2008 di Antonio Lora ed Emiliano Monzani), e sono stati analizzati i dati attraverso il Wilcoxon - Signed Rank Sum Test per valutare la significatività statistica.

Analisi dei risultati della scala HoNOS - Area delle relazioni sociali

Sono stati confrontati i punteggi alla HoNOS, nei 19 pazienti valutati, all'inizio del programma e quindi a 6, 12 e 18 mesi.

Tabella 1 - Honos e Wilkoxon

Drop-out a base fissa		IN	OUT	OB	ALTRO
TO	S1	81,8%	11,4%	6,8%	
TO	S2	63,6%	22,7%	11,4%	2,3%
TO	S3	50,0%	25,0%	20,5%	4,5%
TO	S4	38,7%	25,0%	31,8%	4,5%
TO	S5	29,6%	25,0%	40,9%	4,5%
TO	S6	22,7%	31,9%	40,9%	4,5%
TO	S7	20,4%	31,9%	43,2%	4,5%
TO	S8	20,4%	31,9%	43,2%	4,5%

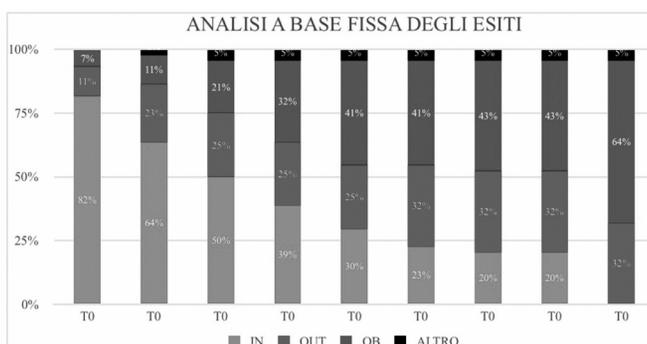
I risultati mostrano come, già dal primo semestre, i pazienti inseriti nel programma riescano a fare dei progressi significativi sul piano dei problemi sociali. Nel terzo semestre, quindi dopo un anno e mezzo di trattamento, la totalità dei pazienti ha avuto un miglioramento rispetto all'area del funzionamento sociale, precedentemente descritta.

Analisi a base fissa degli esiti

La seconda parte di questo lavoro presenta una valutazione globale del progetto, che coinvolge tutto il gruppo di soggetti (44 persone) e si concentra ad analizzare la riuscita del trattamento in termini di raggiungimento di obiettivi attraverso i dati estratti dall'intero campione di pazienti, dal suo inizio nell'anno 2015 alla chiusura dell'indagine (31 agosto 2021).

I valori espressi in percentuale (IN – in carico al servizio, OUT – drop-out dell'utente dal programma, OB – dimissione dal servizio per il raggiungimento degli obiettivi fissati, ALTRO - decesso del paziente) rappresentano l'andamento di tutti i 44 beneficiari facendo riferimento al momento T0, valutazione iniziale, considerando che non tutti i pazienti hanno iniziato il programma nello stesso momento, continuando progressivamente la valutazione semestrale fino a S9 (inteso come nono semestre).

Tabella 2 - valutazione a base fissa semestrale



In base a questo studio, il servizio di Coaching Psicosociale sembra dimostrarsi efficace per più della metà dei pazienti che hanno partecipato all'indagine fino alla sua chiusura è possibile notare che dopo quattro anni e mezzo di inserimento del programma i dati sui pazienti siano i seguenti:

- Conclusioni del programma per il raggiungimento degli obiettivi per il 63,6% degli utenti;
- Drop-out dal programma per il 36,4% degli utenti;
- Decesso nella finestra temporale considerata per il 4,5% degli utenti.

Istogramma 1 - analisi a base fissa degli esiti
Entrando nel dettaglio rispetto all'analisi dei singoli

- drop-out, sono emerse le seguenti motivazioni:
 - per il raggiungimento di una condizione di autonomia tale che porta alla chiusura del progetto, quali per esempio un raggiungimento della stabilità economico-lavorativa, la stabilità abitativa o la stabilizzazione dello stato di salute;
 - per termine degli obblighi di legge, nei casi in cui il programma sia vincolato ad un progetto di alternativa alla detenzione;
 - per volontà del paziente;
 - per decesso del paziente.

Conclusioni

Nonostante con questo lavoro si siano presentati dei risultati solamente parziali rispetto al programma di Coaching Psicosociale, è possibile considerarli incoraggianti ed affermare che il dispositivo di cura si stia rivelando utile ed in alcuni casi necessario per fornire una continuità assistenziale globale e l'adeguata motivazione al trattamento terapeutico. L'osservazione dell'andamento di questo dispositivo rispetto alle altre azioni terapeutiche ed assistenziali intersecate ha inoltre evidenziato che attraverso l'intervento di Coaching Psicosociale, gli utenti si sentono più motivati a mantenere una compliance al trattamento ambulatoriale complessivo. Inoltre, i beneficiari sul piano dei miglioramenti percepiti ritengono di aver acquisito, successivamente agli interventi di Coaching Psicosociale, la motivazione e la capacità di costruzione di nuove relazioni significative.

Aggiungiamo che il lavoro del coacher necessita di un costante confronto con un'équipe ristretta di professionisti coinvolti nei casi, che, oltre ad essere informati rispetto all'andamento del percorso, sono fonte di sostegno alla sua stessa funzione educativa-riabilitativa. Si ritiene importante sottolineare come questo programma costituisca un tassello importante nella rete dei servizi territoriali, molte volte frammentata e difficile da interpretare e districare: la presa in carico condivisa tra SerD e Servizi Sociali comunali, il coinvolgimento degli altri servizi eventualmente implicati nella cura dei pazienti (in special modo il CSM e la Comunità Terapeutica Diurna territoriale) ed una regia condivisa, ma gestita nel concreto dal coacher, permettono la costruzione di un percorso di riabilitazione psicosociale che, come si è voluto cercare di dimostrare con questo lavoro, sembra promettente e merita di essere tenuto in considerazione come dispositivo ordinario di cura.

Riconoscimenti

A conclusione di questo elaborato è doveroso estendere i ringraziamenti a tutte le persone che hanno fornito

il loro supporto e hanno contribuito all'indagine fornendo molteplici conoscenze e competenze, tra cui il Dipartimento di Statistica (DIES) e di Medicina e Chirurgia (DAME) dell'Università degli Studi di Udine, il personale dell'UOC Servizio per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale e l'associazione Solidarietà Dicembre '79, ente del privato sociale che realizza in convenzione con l'AULSS4 il programma di Coaching Psicossociale.

Bibliografia

- Allevi, L., Salvi, G., & Ruggeri, M. (2006). *Quality of mental health services: A self audit in the South Verona mental health service*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(2), 138-147.
- Amadeo, F., Bacigalupi, M., De Girolamo, G., Di Munzio, W., Lora, A., & Semisa, D. (1998). *Strutture del Dipartimento di Salute Mentale*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 7(SUPPL. 2), 31-34.
- Bellio, G. (2003). *E diagnosi: dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza*.
- Bellio, G. (2005). *Doppia Diagnosi: Metodologici All'Organizzazione Dell'Assistenza*. 5-21.
- Bertelli, M., Piva Merli, M., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F., & Brown, I. (2011). *La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): validazione dell'adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package (QoL-IP)*. *Giorn Ital Psicopat*, 17, 205-212.
- Bora, R., Leaning, S., Moores, A., & Roberts, G. (2010). *Life coaching for mental health recovery: the emerging practice of recovery coaching*. *Advances in psychiatric treatment*, 16(6), 459-467.
- Boso, M., Tiraboschi, G., Mori, A., De Cagna, F., Priora, C., De Paoli, G.,... & Reitano, F. (2019). *Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi*. *Mission-Open Access*, (51).
- Bradbury, S. M. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms, 1st edition*. In *Occupational and Environmental Medicine (Vol. 52, Issue 6, pp. 431-431)*.
- Byrne, K. A., Roth, P. J., Merchant, K., Baginski, B., Robinson, K., Dumas, K.,... & Jones, R. (2020). *Inpatient link to peer recovery coaching: Results from a pilot randomized control trial*. *Drug and Alcohol Dependence*, 215, 108234.
- D.D.G. dell'Area Sanità e Sociale n. 96 del 16 settembre 2020, Regione Veneto.
- De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Addario, A.,... & Soldani, L. (2000). *La valutazione della Qualità della Vita: validazione del WHOQOL-breve*. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 9, 45-55.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). *Dual Diagnosis: 15 Years of Progress*. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). *A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction*. *Journal of addiction medicine*, 10(2), 91.
- Duijts, S. F., Kant, I., van den Brandt, P. A., & Swaen, G. M. (2008). *Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial*. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(7), 765-776.
- Elpendù, C., & Bari, U. (n.d.). *fra disturbi mentali e dipendenze patologiche?: il problema della cosiddetta "Doppia Diagnosi."*
- Gemignani, S., Ricca, V., & Cardamone, G. (2020). *L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale?: rassegna della letteratura e dell'esperienza sul campo in tre Regioni italiane*. 55(3), 195-200.
- Gigantesco, A., Picardi, A., De Girolamo, G., & Morosini, P. (2005). *Validità discriminante della Health of the Nation Outcome Scales nelle strutture residenziali psichiatriche italiane*. *Italian Journal of Psychopathology*, 11(1), 20-25.
- Goldberg, T., & Goldberg, T. (1999). *Demand Reduction*. In *Demystifying Drugs*.
- Guelfi, G. P., Spiller, V., Scaglia, M., Presidente, G., Tossicodipendenze, I., & Usl, A. (2001). *NELLA DIPENDENZA DA ALCOL E DROGHE*.
- Hansen, M. A., Modak, S., McMaster, S., Zoorob, R., & Gonzalez, S. (2020). *Implementing peer recovery coaching and improving outcomes for substance use disorders in underserved communities*. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-14.
- Jack, H. E., Oller, D., Kelly, J., Magidson, J. F., & Wakeman, S. E. (2018). *Addressing substance use disorder in primary care: The role, integration, and impact of recovery coaches*. *Substance Abuse*, 39(3), 307-314.
- Jansen, L., Hunnik, F., Busschbach, J. J. V., & Lijmer, J. G. (2019). *Measuring outcomes on a Medical Psychiatric Unit: HoNOS, CANSAS and costs*. *Psychiatry research*, 280, 112526.
- Knopf, A. (2020). *Recovery coaching 'think tank' convenes, aiming to keep role from being co-opted*. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly*, 32(31), 1-3.
- Latte, G., Avvisati, L., Calandro, S., Di Filippo, C., Di Genio, M., Di Iorio, G., Gilardi, V., Giordano, S., & Pagano, A. M. (2018). *Dagli OPG alle REMS: Il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli*

- autori di reato con problemi psichici = From OPG to REMS: The role of a territorial health service in the im. *Rivista Di Psichiatria*, 53(1), 31–39.
- McCance-Katz, E. F. (2018). SAMHSA/HHS: An update on the opioid crisis. Rockville, MD: SAMHSA.
- Michael B. First, & Gladis, M. M. (1993). *Diagnosis and Differential Diagnosis of Psychiatric and Substance Use Disorders*. *Dual Diagnosis*, 23–37.
- Migone, P. (1983). La Diagnosi in Psichiatria Descrittiva: Presentazione Del Dsm-Iii. *Psicoter. Sci. Um.*, 17(4), 56–90.
- Miller, N. S. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: interactions and independent status. *J. Addict. Dis.*, 12(3), 5–16.
- Miller, N. S., & Brady, K. T. (2004). *Addictive Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(4).
- Moret, F., De Sario G., Saccon D., (2018). *Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale ed abitativo, "Mission" nr. 52 pp. 45-49, FrancoAngeli.*
- Pariso, C., & Procacci, M., (2018). *Esordio psicotico e terapia cognitivo-comportamentale. Esordio psicotico e terapia cognitivo-comportamentale*, 19-31.
- Ph, D., & Grob, N. (1991). *Special Articles Origins of DSM-I: Neurology*, April, 421–431.
- Picardi, A., Tarolla, E., De Girolamo, G., Gigantesco, A., Neri, G., Rossi, E., & Biondi, M. (2014). Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: Gli indicatori PRISM (Process Indicator System for Mental health) (Process Indicator System for Mental health) indicators. *Rivista Di Psichiatria*, 49(6), 265–272.
- Protocollo operativo, coaching psicosociale, piano operativo territoriale triennale aree prevenzione e cura. Regione veneto.
- Psychiatric, A. (1994). *DSM-III ed. 1990*.
- Sacchetti, C., Bassani, M., Negretti, F., & Martinelli, S. (2019). L'osservazione degli stadi di cambiamento negli interventi di prossimità e in rapporto allo sviluppo del progetto educativo. *Journal of Health Care Education in Practice*, 1(1).
- Saccon, D. and Banon, D. and Boatto, E., *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Uno studio sul problema delle cronicizzazioni*, Scienze mediche, <https://books.google.it/books?id=0BcGoQEACAAJ>, 2013, CLEUP.
- Salvi, V., Boccardo, F., Giannini, P., & Corulli, M. (2016). Gli esiti del trattamento riabilitativo in comunità terapeutica: Uno studio di follow-up. *Rivista Di Psichiatria*, 51(2), 66–71.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for Psychiatric Inpatients With Chemical Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816–822.
- Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 227–237.
- Serpelloni, G., Rampazzo, L., & Simeoni, E. (n.d.). *IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE?: INDICAZIONI E LINEE TECNICHE*. 187–212.
- Structural and chemical aspects of resistance to the antibiotic conferred by FosB from *Bacillus cereus*, fosfomycin. (2011). ?????NIH Public Access. *Bone*, 23(1), 1–7.
- Thylstrup B., & Johansen K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions Introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 202–208.
- Vitali M., Sorbo F., Mistretta M., Scalese B., Porrari R., Galli D., Coriale G., Rotondo C., Solombrino S., Luisa Attilia M., Addolorato G., Aliotta V., Alessandrini G., Attilia F., Barletta G., Battaglia E., Battagliese G., Capriglione, I., Carito V., ... Zavan V. (2018). Dual diagnosis: An intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 154–159.
- Walters, S. T., Matson, S. A., Baer, J. S., & Ziedonis, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 29(4), 283-293.
- White, W., Boyle, M., & Loveland, D. (2003). Behavioral health recovery management: Transcending the limitations of addiction treatment. *Health Management*, 23(3), 38-44.
- White, W., Boyle, M., & Loveland, D. (2003). Behavioral health recovery management: Transcending the limitations of addiction treatment. *Health Management*, 23(3), 38-44.
- World Health Organization. (2016). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10)*. In World Health Organization. A cura del Ministero della Salute (Vol. 1).

Area tematica 3

FORMAZIONE

3.1

COVID-19: GENITORI E FIGLI ADOLESCENTI

Pavese D.*[1]

[1]Asl 4 Chiavarese ~ Chiavari ~ Italy

Sottotitolo: Un intervento di formazione on line sui temi della pandemia, delle emozioni in gioco e sull'internet addiction.

Il percorso per genitori promosso dall'I.C. Sestri Levante (Ge) è stato condotto da uno psicologo, psicoterapeuta e formatore.

L'attivazione del percorso ha comportato una fase di strutturazione partecipata con la scuola e con gli insegnanti dedicati (4 insegnanti), con cui si sono svolte tre riunioni di progettazione, verifica in itinere e verifica di esito.

Il percorso ha avuto una pubblicizzazione interna sul portale dedicato della scuola, inoltre attraverso i Social Network e i quotidiani.

Sono stati svolti n. 3 incontri tematici coi genitori, avvenuti nel mese di aprile e maggio 2021, su piattaforma dedicata, della durata di 1,5 h, riproposti in una doppia edizione.

Vi è stata una partecipazione media di 10 genitori a incontro, per un totale di 60.

Gli incontri hanno avuto un formato Webinar informativo e un approfondimento partecipato, con coinvolgimento delle famiglie.

Gli argomenti trattati sono stati i cambiamenti familiari, sociali e personali nella famiglia e nei ragazzi legati all'attuale scenario pandemico, con approfondimento di alcuni nuovi fenomeni.

Sono stati presentati i dati e le ricerche che evidenziano il maggior disagio negli adolescenti, i vissuti di ritiro sociale, di ansia e preoccupazione del contagio.

In particolare è emerso lo stato di difficoltà in cui riversano molti adolescenti, tra timori, ritiro sociale, aumento di condotte auto-lesive e di conflittualità

familiare, con apatia e difficoltà nello studio e nel sonno.

Inoltre vi è stato uno spazio di approfondimento sul mondo on line e sugli aspetti identitari dei ragazzi, la funzione di rispecchiamento e di confronto reciproco che avviene nei social, il rischio della sovraesposizione e il bisogno di sviluppare la capacità di autolimitarsi e diventare cittadini digitali consapevoli, alla luce di una presenza genitoriale vigile e attenta sul comportamento on line dei propri figli.

Sono stati forniti ai genitori strumenti teorici e pratici, di informazione e conoscenza sul funzionamento dei Social Network e dei Videogiochi.

In particolare il mondo dei videogiochi, aumentando il consumo in maniera esponenziale durante il Covid, rappresenta un nuovo scenario, in cui i ragazzi si identificano a personaggi che diventano protagonisti di avventure particolarmente immersive e innovative, in cui però il meccanismo delle Loot-Boxes (scrigni della fortuna) può aprire a scenari di acquisti compulsivi con soldi reali nel gioco, che si basano su meccanismi di rinforzo molto simili al gioco d'azzardo.

Primo incontro

Gli effetti della pandemia in bambini e ragazzi: le emozioni legate al Covid

Nell'incontro si è approfondito il tema di quanto la pandemia abbia rappresentato per i più piccoli la necessità di adattarsi a un nuovo scenario, con una perdita di relazioni affettive e amicali che li ha portati sempre di più all'isolamento, al ritiro e al ridimensionamento dei loro spazi vitali (hobby, sport, scuola). Come hanno vissuto l'ultimo anno, di quali emozioni ci parlano, quali risorse e strategie hanno trovato per rimanere in contatto con sé stessi e con gli altri? Come possiamo porci come adulti di fronte alle loro domande?

Secondo incontro

Cosa ci sta succedendo? Famiglie allo schermo

I cambiamenti della vita familiare tra scuola, apprendimento, lavoro a casa e nuove abitudini

Nell'incontro sono stati forniti spunti teorici e indicazioni operative rispetto ai cambiamenti necessari e agli effetti nelle famiglie del trauma del Covid e sono state fornite riflessioni sulle modalità comunicative e

di relazione con cui i genitori possono approcciarsi ai figli per entrare in risonanza emotiva col loro vissuto, alla luce dei cambiamenti dell'ultimo anno. Inoltre, si è ragionato insieme sull'importanza per gli adulti di ricostruire un'area di benessere, una comunicazione autentica e un filtro rispetto alle numerose notizie in cui siamo immersi.

Terzo incontro

A casa tra youtuber e videogiochi: le famiglie al tempo della pandemia e il mondo dei social

Nell'incontro si è entrato nello specifico del mondo dei social e dei videogiochi. Perché piacciono? Che rischi hanno? Come funzionano dal loro interno? La parola d'ordine è stata: conoscere per poterne discutere coi figli.

In maniera partecipata, i genitori hanno contribuito con spunti personali rispetto alle questioni emerse con domande circa:

- le nuove forme del disagio nei ragazzi legate alla pandemia
- la relazione educativa in famiglia
- gli effetti psicologici della pandemia nei genitori
- il mantenimento di una routine fisica e psicologica nella vita quotidiana durante la pandemia
- la conciliazione del lavoro a casa e della famiglia
- la diffusione dei Social maggiormente utilizzati oggi (Tik Tok, Twitch, Discord, Instagram)
- il funzionamento specifico dei nuovi videogiochi
- gli aspetti emotivi di sexting, diffusione in rete di materiale intimi tra i ragazzi
- Il gioco d'azzardo on line
- la condivisione tra famiglie del carico emotivo della pandemia
- la Dad e le difficoltà dell'apprendimento a distanza nell'organizzazione degli spazi di vita e di casa
- il bisogno di mostrarsi on line e la necessità di apparire in maniera eccessiva all'interno del gruppo
- i fattori protettivi e di rischio rispetto all'instaurarsi di comportamenti erronei on line

Tali tematiche sono state oggetto anche delle domande di approfondimento arrivate allo sportello, come richieste di approfondimento sui temi specifici e desiderio di condivisione delle difficoltà personali della famiglia nel momento presente.

La maggior parte dei familiari e delle richieste pervenute provenivano da madri della scuola secondaria di primo grado, ma vi è stato il coinvolgimento anche di alcuni padri, soprattutto interessati alle tematiche on line.

Il focus più specifico delle domande arrivate allo sportello vertevano sulle difficoltà a coniugare impegni scolastici e l'attuale cambiamento di vita imposto dalla pandemia.

Bibliografia

Massimo Ammaniti, *La famiglia adolescente*, Roma, Bari, Editori Laterza, 2016

Maurizio Andolfi, Paola Manicardi Forghieri, (a cura), *Adolescenti tra scuola e famiglia*, Milano, Raffaele Cortina editore, 2002

Vittorino Andreoli, *Lettera a un adolescente*, Milano, Rizzoli, 2004

Anne Bacus, *La vita spiegata ai miei figli*, Milano, Bompiani, 1998

Valerio Belotti, *Costruire senso, negoziare spazi. Ragazze e ragazzi nella vita quotidiana*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2010

Giovanni Bollea, *Genitori grandi maestri di felicità*, Milano, Feltrinelli, 2005

Giuseppe Caliceti, Giulio Mozzi, *Quello che ho da dirvi. Autoritratto delle ragazze e dei ragazzi italiani*, Torino, Einaudi, 1998

Paolo Crepet, *I figli non crescono più*, Torino, Einaudi, 2005

Paolo Crepet, *Non siamo capaci di ascoltarli. Riflessioni sull'infanzia e l'adolescenza*, Torino, Giulio Einaudi Editore, 2001

Laurence Delpierre, Patrice Huerre, *Smettila di parlarmi con questo tono!*, Torino, EGA, 2005

Marinella Ferranti, *Un adolescente in famiglia. Come affiancare un figlio e crescere con lui*, Roma, Armando Editore, 1999

Secondo Giacobbi, *Capitan uncino. Genitori di adolescenti*, Milano, Franco Angeli, 1988

Philippe Jeammet, *Adulti senza riserva. Quel che aiuta un adolescente*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008

Vanna Iori, *Guardiamoci in un film. Scene di famiglia per educare alla vita emotiva*, Milano, Franco Angeli, 2011

Matteo Lancini, *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Trento, Erickson, 2015

Matteo Lancini, Laura Turuani, *Sempre in contatto. Relazioni virtuali in adolescenza*, Milano, Franco Angeli, 2009

Alfio Maggiolini, Elena Riva, *Adolescenti trasgressivi. Le azioni devianti e le risposte degli adulti*, Milano, Franco Angeli, 1999

Marie Rose Moro, *Gli adolescenti si raccontano. Genitori*

- in ascolto dei propri figli*, Milano, Franco Angeli, 2016
- Emanuela Nardo, Avete sempre ragione voi. Manuale di sopravvivenza per adulti e adolescenti*, Trento, Erickson, 2007
- Daniele Novara, Dalla parte dei genitori*, Milano, Franco Angeli, 2009
- Paolo Orefice, Silvia Guetta, Adolescenti, relazione d'aiuto, integrazione degli interventi*, Pisa, Edizioni ETS
- Lucia Pelamatti, Un incontro tra mondi emozionali*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 2001
- Eugenia Pelanda, Non lo riconosco più*, Milano, Franco Angeli, 1995
- Alberto Pellai, Barbara Tamborini, L'età dello tsunami. Come sopravvivere a un figlio pre-adolescente*, Milano, De Agostini, 2017
- Gustavo Pietropolli Charmet, I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000
- Gustavo Pietropolli Charmet, Ragazzi sregolati, regole e castighi in adolescenza*, Milano, Franco Angeli, 2001
- Giovanna Ranchetti, Il genitore nascosto. Lo psicologo a scuola e la crisi di passaggio adolescenziale*, Milano, Franco Angeli, 2005

Area tematica 4 POST COVID

4.1

L'USO DELLE METAFORE NEL LAVORO DI PREVENZIONE ONLINE CON GLI ADOLESCENTI

Barbara B.*[1], Asaro M.[2]

[1]ASP Trapani SerD Alcamo ~ Alcamo ~ Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Durante la pandemia da Covid 19, non essendo possibile lavorare con gli adolescenti nei C.I.C. in presenza, è stato necessario organizzare un lavoro in remoto, sia individuale che di gruppo, attraverso metodiche creative e coinvolgenti che permettessero di superare le difficoltà dovute al distanziamento.

Come faccio a raccontare, adesso ho perduto la parola, le parole, fosse pure la memoria, come faccio a ricordare cosa c'era di fuori, e una volta ricordato come faccio a trovare le parole per dirlo [...].

Meno male sono queste carte, qua sul tavolo, un mazzo di tarocchi di quelli più comuni, [...].

Ci mettiamo le mani sopra tutti insieme, sulle carte, qualcuna delle figure messa in fila con altre figure, mi riporta nella memoria la storia che mi ha portato qui, cerco di riconoscere cosa mi è successo e di mostrarlo agli altri che intanto sono lì e che cercano nelle carte pure loro, (Calvino, 1973 *La taverna dei destini incrociati*).

"Nel racconto *La taverna dei destini incrociati*, Italo Calvino costruisce una raffinata metafora che si rivela, oggi, una profezia: un gruppo di persone ha attraversato terribili vicissitudini e non riesce più a mettere insieme la propria storia di vita, non può esprimerla, condiderla. E non perché, come sembra, abbia perso la parola; ciò che manca a queste persone per ritrovare il filo della propria coscienza, della propria storia e della propria identità sono immagini, o meglio, figure. Sarà, infatti, soltanto utilizzando le immagini ad alto tasso simbolico-metaforico di un mazzo di tarocchi che i pro-

tagonisti riusciranno a ricostruire e condividere le proprie storie di vita". (1)

In questo momento di difficoltà dei giovanissimi, il lavoro online con l'utilizzo di forme creative e motivanti, come ad esempio l'uso di strumenti metaforici, aiutano a colmare la distanza, che spesso diventa anche emotiva, e la mancanza di contatto vis a vis.

Il termine metafora, dal greco *methaphorà*, implica un "trasferimento". La metafora è quell'operazione concettuale in cui, tramite l'immagine simbolica, si riescono ad unificare esperienze molto diverse, apparentemente senza legami tra loro. Questa unificazione si verifica per Bruner, grazie alle due specifiche qualità della metafora, quali la forza emotiva e la sua natura illuminante. La natura della metafora è contraddistinta dalla ricchezza della connessione e, dunque, della sua capacità di ridurre e semplificare l'infinita varietà dell'esperienza. La metafora riesce ad unificare, tramite un simbolo o un'immagine, esperienze dissimili e il procedimento metaforico va al di là della sistemazione e organizzazione dei dati ed "esplora connessioni inaspettate per la comune esperienza"(2)

"La metafora è considerata non solo un abbellimento linguistico, ma una forma di pensiero, uno strumento che permette di categorizzare le nostre esperienze. La realtà è definita in termini metaforici e le metafore incidono sul modo di percepire, di pensare, di interagire e giocano un ruolo molto significativo nel determinare ciò che è reale per noi"(3)

Molti studiosi sostengono l'esistenza di una base neurale della metafora e che l'ascolto di una metafora lunga porti la persona ad un abbassamento del livello di attenzione con conseguente cambiamento dell'attività elettrica del cervello che passa dalle onde cerebrali beta tipiche dell'attenzione attiva alle onde alpha proprie della veglia rilassata. Tale mutamento di attività crea nel paziente uno stato di maggior apertura e minor tentativo di razionalizzare il suo vissuto problematico e consente l'integrazione degli aspetti emotivi

La metafora, dice Eco, non serve solamente per stupire o abbellire, ma, soprattutto, ci fa conoscere nuovi aspetti delle cose, stimola la nostra riflessione su opposizioni e analogie fra le cose, o, meglio, fra le unità culturali (4)

Come sottolinea Anna Maria Contini "i processi metaforici non riguardano esclusivamente il linguaggio verbale: esiste ormai una consistente letteratura che ha inda-

gato le regole di costruzione e interpretazione delle cosiddette 'metafore visive in una pluralità di domini: in particolare nell'arte pittorica e nella pubblicità" (5). Riprendendo Italo Calvino, dunque, "pensare parole" è un processo che dialoga costantemente con l'immagine visiva; un racconto, una narrazione, è il più delle volte, concepito a partire da un'immagine o da una serie di immagini nate nella mente dell'autore, e genera immagini nella mente del lettore o dell'ascoltatore.

Infatti, secondo queste suggestioni può essere molto utile, nel lavoro di gruppo online ad esempio con gli adolescenti, utilizzare le immagini per arrivare all'idea, al concetto e alla parola. L'immagine ad esempio può essere molto utile per sondare l'idea che i ragazzi hanno del ruolo e del lavoro dello psicologo per fare emergere eventuali pregiudizi, paure, difficoltà,. Per far questo, abbiamo utilizzato 4 immagini metaforiche per stimolare e nello stesso tempo aiutare i ragazzi ad entrare subito nell'attività che si vuole proporre. Una delle proposte da noi utilizzate nel lavoro online di prevenzione attraverso il gruppo, è ad esempio: "Se penso alla figura dello Psicologo mi viene in mente..."; tale proposta serve a comprendere il sistema rappresentazionale di ogni ragazzo rispetto al lavoro dello psicologo, ma anche a sondare la loro motivazione, a lavorare sugli aspetti personali e al tipo di immaginario rispetto all'aiuto psicologico che si può ricevere. Dopo la visione di quattro diverse immagini ciascuno scrive in chat l'associazione evocata. Le quattro immagini rappresentano (1) un uomo che tira un asino, (2) una guida turistica che intrattiene un gruppo di turisti, (3) un'insegnante alla lavagna, (4) un abbraccio fra due persone.

Nella nostra esperienza, l'immagine maggiormente scelta è la numero 2°, quella della guida turistica, utilizzata dal 48% dei ragazzi con affermazioni del tipo "lo psicologo ti fa andare oltre alle tue conoscenze, ti fa vedere altro rispetto a quello che vedi tu, ti fa uscire fuori, guida il gruppo, media nella classe, ti da una guida". La seconda scelta è stata la 3° cioè quella dell'uomo che tira l'asinello (39%) con dei pensieri del tipo: "lo psicologo ti costringe a muoverti, ti rialza, ti porta a scoprire cose di te che non vedi, ti smuove, ti costringe a cambiare". Le due scelte minori sono state la 4° cioè quella dell'abbraccio (12%) come appoggio, sostegno, contenimento e la 1°(1%) quella dell'insegnante, che vede lo psicologo come educatore che ti spiega e ti insegna. Altro utilizzo che abbiamo fatto del lavoro con le immagini è quello sulla percezione che i ragazzi hanno dell'abuso e delle dipendenze nella loro esperienza di vita. Attraverso l'utilizzo di 4 immagini metaforiche e la possibilità di lavorare sulle loro scelte, è stato più facile parlare dei rischi ma anche della possibile trappola rappresentata dall'abuso e dalla croniciz-

zazione di un comportamento di addiction. Questo lavoro è in via di sviluppo e di sistematizzazione, ma desideriamo comunque riportarlo come esempio di metodica creativa che riesce a coinvolgere i ragazzi e a farli riflettere sui loro comportamenti a rischio; le 4 immagini sono state scelte con l'aiuto di un gruppo di utenti del SerD, sulle quali si sta lavorando con gli studenti.

Si tratta di una strategia cognitiva che fa leva sulla sintesi, sulla vividezza, sulla densità e sulla rapidità di espressione, che apre nuove possibilità conoscitive e promuove la connessione tra l'esperienza soggettiva e il dato oggettivo, tutto questo sviluppando ed ampliando le possibili relazioni tra immagini, pensieri e sentimenti. Infatti, quando usiamo una metafora facciamo di più che parlare, dipingiamo una scena alternativa nella mente di chi ci sta ascoltando, permettendo a concetti astratti di scavalcare le barriere della logica ed entrare prontamente in contatto con l'inconscio. Le metafore infatti parlano il linguaggio dell'inconscio fatto di immagini, sensazioni ed emozioni. Lankton afferma che le metafore funzionano perché la mente è "metaforica". Egli spiega che c'è qualcosa di particolare in esse, che ha un profondo effetto sugli ascoltatori, perché insegnano, ispirano, guidano, comunicano, ricordano e sono ovunque (6).

Le metafore «non sono create per stupire in modalità fini a se stesse, sono create per provocare quel giusto disequilibrio cognitivo, necessario perché il nuovo che si sta apprendendo possa farsi un varco e possa inserirsi in mezzo a ciò che conosciamo già» (7).

Bibliografia

- 1) Marco Dallari *Dire le immagini, vedere le parole. Metafore e figure della competenza emotiva in Journal of Phenomenology and Education. Vol.22 n.50, 2018*
- 2) J. S. Bruner, *Il conoscere. Saggi per la mano sinistra, Armando, Roma, 2005.*
- 3) Lakoff e Johnson, 1998
- 4) U. Eco, *Semiotica e filosofia del linguaggio, Einaudi, Torino 1984*
- 5) Contini A.M. *Parole immagini metafore. Per una didattica della comprensione Edizioni Junior Spaggiari 2012*
- 6) S.R. Lankton, *Foreword, in R. Battino (Ed.), Metaphoria. Metaphor and guided metaphor for psychotherapy and healing, Crown House, Williston 2002,*
- 7) D. Fabbri, *Oltre la metafora: Riflessioni sull'uso e l'abuso della metafora nella formazione, rivista "Adulità", 20, 2004,*

4.2

LA DIMENSIONE NARRATIVA DELLA MENTE: LE INTERVISTE NARRATIVE ONLINE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DEL DISAGIO ADOLESCENZIALE

Barbara B.* [1], Asaro M. [2]

[1] ASP Trapani SerD Alcamo - Alcamo - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Durante la pandemia da Covid 19, non essendo possibile lavorare con gli adolescenti nei C.I.C. in presenza, è stato necessario organizzare un lavoro in remoto, sia individuale che di gruppo, attraverso metodiche creative e coinvolgenti che permettessero di superare le difficoltà dovute al distanziamento

Immagino che la mente sia fondata non sulle microstrutture del cervello o del linguaggio, ma su quelle storie supreme, che costituiscono i modelli fondamentali del nostro agire, credere, conoscere, sentire e soffrire... La nostra mente è fondata nella sua stessa attività narrativa nel suo fare fantasia.
(Hillman 1984)

“La catastrofe pandemica ripropone prepotentemente condizioni incontrollabili di impotenza e di stress che favoriscono la lievitazione di risposte ansiose che, in accordo al modello di impotenza appresa, possono attivare un eccessivo rilascio di glucocorticoidi ed un’alterazione dei normali livelli di cortisolo che nel tempo aumentano la vulnerabilità a patologie stress-correlate. Sulla base delle evidenze emerse – rilevano gli autori - un valido piano di interventi per il controllo degli effetti della pandemia non può limitarsi alle problematiche della popolazione anziana o ai danni subiti dal mondo dell’economia e dell’occupazione, ma deve tener conto delle reazioni emotive ed affettive degli adolescenti! (2)

Dai dati raccolti in una indagine IPSOS, si stima che circa 34mila studenti delle scuole superiori, a causa delle assenze prolungate, rischiano di alimentare il fenomeno dell’abbandono scolastico. Con l’impoveri-

mento delle famiglie, poi, per molti lasciare la scuola significa divenire facile preda di sfruttamento lavorativo. Il 28% degli intervistati afferma che dal lockdown di primavera c’è almeno un proprio compagno di classe che ha smesso completamente di frequentare le lezioni. Il 7% afferma che i compagni di scuola “dispersi” a partire dal lockdown sono tre o più di tre. Il 35% ritiene che la propria preparazione scolastica sia peggiorata. Uno su 4 deve recuperare diverse materie. Per il 38% degli adolescenti la didattica a distanza è un’esperienza negativa. In generale la principale difficoltà è rappresentata dalla fatica a concentrarsi per seguire le lezioni online e dai problemi tecnici dovuti alla connessione internet/copertura di rete propria o dei docenti. Guardando alle dotazioni dei ragazzi, quasi il 18% dichiara di aver a disposizione un dispositivo condiviso con altri e l’8% si trova a frequentare le lezioni in una stanza con altre persone. Quello passato sembra sia stato un “anno sprecato” per il 46% degli adolescenti che, però, costretti a vivere in un mondo di incontri solo virtuali, hanno riscoperto il valore della relazione “dal vivo” con i coetanei. L’85% dei ragazzi intervistati afferma di aver capito quanto sia importante uscire con gli amici, andare fuori e relazionarsi “in presenza”. In un’età di cambiamento come quella dell’adolescenza, il tema delle relazioni personali è fondamentale e tra le “privazioni” che i ragazzi hanno sofferto di più, anche quella di non aver potuto vivere esperienze sentimentali importanti per la loro. Sembra che gli adolescenti si sentano esclusi dalle scelte per il contrasto alla diffusione del Covid, che li hanno visti penalizzati nell’interruzione delle attività scolastiche in presenza: il 65% è convinto di star pagando in prima persona per l’incapacità degli adulti di gestire la pandemia, mentre il 42% ritiene ingiusto che agli adulti sia permesso di andare al lavoro, mentre ai giovani non è permesso di andare a scuola. Stanchezza, incertezza e preoccupazione sono i principali stati d’animo che ragazze e ragazzi hanno dichiarato di vivere in questo periodo. E guardando al futuro, solo il 26% pensa che “tornerà tutto come prima” e la stessa percentuale ritiene che “continueremo ad avere paura”, mentre il 43% ritiene che anche dopo il vaccino, “staremo insieme in modo diverso, più online”. Quello che emerge a livello nazionale sembra essere un quadro desolante e preoccupante; per questo motivo abbiamo voluto vedere cosa pensano i nostri ragazzi del momento che stanno vivendo e dare loro voce attraverso lo strumento delle interviste narrative dove possono raccontarsi in maniera indiretta ed esprimere le loro paure e le loro emozioni. Le interviste narrative vengono intese come un “colloquio finalizzato alla raccolta

di storie". In quest'ambito vediamo l'operatore nel ruolo dell'intervistatore ed il soggetto nel ruolo di intervistato. Rispetto alle consuete tecniche di osservazione dell'individuo, le interviste narrative evidenziano delle particolari peculiarità: "sfuggono alla tradizionale classificazione delle modalità di conduzione dei colloqui" (3), che pone una distinzione tra intervista strutturata, semistrutturata e non strutturata ed inoltre sono caratterizzate dal ruolo attivo dell'intervistatore, che sceglie quando e come intervenire a sostegno del racconto con sollecitazioni che mirano di volta in volta a focalizzare, approfondire, amplificare il discorso. "L'intervistatore non ha un ruolo neutro ma partecipa alla costruzione del materiale di ricerca in modo consapevole per migliorarne la qualità e non stravolgere allo stesso tempo il contenuto" (3). L'etimo narrare (affine a gnarus che conosce, che è esperto) suggerisce la nozione di conoscere e di far conoscere le vicende che riguardano il narratore in rapporto agli altri, la sua vita nel mondo. La ragione per la quale narrare produce conoscenza, dipende dal fatto che narrare è una attività umana straordinariamente trasformatrice. Essa permette di trasformare il pensiero (ricordi, percezioni ed altri processi cognitivi) in parole, cioè in onde sonore, facendo diventare ciò che non è materiale in qualcosa di fisico che deve essere costruito apposta ogni volta dall'apparato fonatorio. Inoltre i suoni formano le parole che, a loro volta, sono inserite in un linguaggio, cioè in un sistema convenzionale di segni. Infine queste parole sono rivolte ad un interlocutore. Bruner (4) ha sottolineato come il pensiero narrativo riguardi le modalità con cui gli individui sviluppano una comprensione delle vicissitudini della propria esistenza. Il pensiero interiore, che per sua natura si presenta nella nostra mente in modo sincretico e ancora confuso, nel momento in cui diventa parola, si articola in una successione di suoni e di significati, si espone a dei vincoli culturali e dialogici che lo spingono a divenire più esplicito ed ordinato e ad assumere una forma riconoscibile, ispezionabile, comunicabile, interscambiabile. Tutto questo produce una nuova consapevolezza su ciò che intendiamo dire, cioè sul nostro pensiero e i nostri ricordi. Ecco perché raccontare aiuta a capire se stesso e gli altri. La co-costruzione del sapere e l'ascolto attivo sono strumenti fondamentali per fare emergere il vissuto personale, la comprensione narrativa di sé e la comprensione delle esperienze personali. Di seguito sono riportati alcuni spezzoni rilevanti rispetto all'esperienza dell'intervista narrativa e all'emergere di aspetti significativi delle emozioni e del disagio dei ragazzi. Alla domanda "In questo momento di pandemia si possono provare emozioni contrastanti. Puoi raccontarmi cosa vive secondo te un ragazzo della

tua età a causa del Covid?" Silvia di 13 anni narra: "in questo momento noi ragazzi stiamo vivendo un periodo di emozioni e sentimenti contrastanti. Passiamo da momenti di euforia, spensieratezza a momenti di infelicità e angoscia. Io quando ero a casa, i primi giorni, mi sentivo sola, oppressa dal fatto di non poter uscire. Poi però con il passare dei giorni e delle settimane iniziavo a sentirmi sfiduciata, sempre più sola, come se anche le persone a me care non mi capissero, come se parlassi un'altra lingua. Certo non erano loro il problema, ma ero io che cambiavo dentro di me, che stavo diventando sempre più arrabbiata, più arida. I miei compagni di solitudine sono stati tv e computer". Claudio allo stesso stimolo racconta: "a causa della pandemia ci sono normative molto severe e io penso che siano utili, ma costruiscono un muro per noi ragazzi. Non si può uscire, non si può giocare, ma soprattutto non ci si può vedere in faccia come una volta. È tutto più strano come se un macigno ci cadesse sopra. Alcune cose essenziali però le ho avvertite; la bellezza di incontrare i miei cugini e i nonni, la natura che sta meglio perché essendo tutti fermi nessuno la rovina. Il telegiornale non fa che parlare di morti che salgono e che scendono, di ricoveri, di posti letto mancanti, di assembramenti e di controlli". Infine per brevità riporto le parole di Laura che si esprime così: "una ragazza della mia età vive tante emozioni difficili che non capisce più nemmeno lei...anche se quella che prevale di più è la tristezza. Non è possibile fare tante cose che prima facevamo con spensieratezza. Tutte queste regole potrebbero portare anche ad un dolore immenso, un esaurimento nervoso, un'ansia assurda di ammalarsi e di trasmettere il Covid in famiglia. Io faccio preghiere, come penso tutti i ragazzi, per uscire da questa situazione, per potere di nuovo abbracciare i miei amici..." gli stimoli dati nell'intervista riguardavano molti aspetti della vita dei ragazzi, la scuola e la DAD, i loro sogni e i progetti futuri, l'amore e l'amicizia. Attraverso questa metodica abbiamo potuto constatare che l'intervistato, sentendosi ascoltato, accettato e compreso, può aprirsi ad una narrazione libera e ricca di connessioni. Questa modalità di intervista comporta anche un potenziamento dello sguardo autocritico, poiché avendo coscienza di sé, il soggetto è in grado di valutarsi, di mettersi in gioco nelle diverse situazioni, mantenendo la consapevolezza della propria specificità, ricchezza interiore, abilità, qualità, oltre che delle sue competenze e delle sue esigenze personali. Possiamo concludere che le narrazioni, come suggerisce Giuseppe Mantovani, allargano i confini del nostro mondo e permettono alle persone di collocare le proprie esperienze su uno sfondo più ampio e significativo. Come ci racconta una adolescente in una lettera

alla sua quarantena: “il Coronavirus ci ha tolto tanto e ci ha sconvolto in maniera permanente, ma mi chiedo se veramente abbia portato solo ‘distruzione nelle nostre vite. Perché se devo essere sincera, il tempo ‘in più’che la pandemia ci ha donato mi ha permesso di scoprire lati di me stessa che prima ignoravo... ho dis-seppellito la mia parte solitaria, scoprendo che a volte il silenzio può esserti amico.”(5)

Bibliografia

- 1) J. Hilman *Le storie che curano* Raffaello Cortina Milano 1984
- 2) P. Smirni, G. Lavanco, D. Smirni, “Anxiety in older adolescents at the time of Covid-19” Dipartimento di Scienze dell’Educazione, Università di Catania, Dipartimento di Psicologia, Scienze dell’Educazione e Movimento Umano
- 3) R. Atkinson *L’intervista narrativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002
- 4) J. Bruner *Actual minds, possible worlds* Cambridge, MA:Harward University Press 1986
- 5) Mari Albanese *Lettera di un’adolescente dalla sua quarantena in il Sicilia.it*, 2/6/2020

4.3

PROMUOVERE GRUPPI DI LAVORO IN REMOTO PER PREVENIRE IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI IN TEMPO DI PANDEMIA: ASCOLTO, CONDIVISIONE, ATTIVAZIONE DI RISORSE

Barbara B.*[1], Asaro M.[2]

[1]ASP Trapani SerD Alcamo ~ Alcamo ~ Italy, [2]~ Italy

Sottotitolo: Durante la pandemia da Covid 19, non essendo possibile lavorare con gli adolescenti nei C.I.C. in presenza, è stato necessario organizzare un lavoro di counseling in remoto, sia in assetto individuale che di gruppo, attraverso metodiche creative e coinvolgenti che permettessero di minimizzare e superare le difficoltà dovute al distanziamento sociale

“Resilienza significa non abbattersi nelle difficoltà, lottare, fare delle avversità superate in passato, una forza, uno stimolo. È qualcosa che può essere sviluppato, insegnato, imparato. (Putton, Fortigno 2006)

In questo periodo emergenziale che ormai si estende, tra pause e riprese, da molti mesi, è stato più volte osservato che gli adolescenti, da un punto di vista emotivo, sembrerebbero essere coloro che stanno scontando maggiormente il prezzo dell'isolamento reso necessario dalla diffusione e pervasività del virus. Gli studenti delle scuole superiori, dopo una timida riapertura a settembre, sono tornati a svolgere la didattica per il 75% a distanza e hanno interrotto tutte le attività culturali, sportive e di socializzazione che facevano parte della loro routine o che avrebbero iniziato proprio come un rito di passaggio. Sono entrati così in un nuovo stato di sospensione tutti quei rituali che caratterizzano proprio l'adolescenza come fase di sperimentazione e socializzazione, ritenuti tanto importanti per lo sviluppo dell'identità personale, per la partecipazione alla società civile e per la ridefinizione dei rapporti con i genitori e gli adulti in generale. Non

mancano in questa situazione critica, esperienze di resistenza e di resilienza; di certo i ragazzi padroneggiano i dispositivi tecnologici e i social network con una tale capacità da riuscire a coltivare relazioni, informarsi e costruire conoscenza nonostante tutte le barriere fisiche imposte dal distanziamento sociale. Nonostante ciò, gli studi ci dicono che la situazione pandemica ha esacerbato alcuni aspetti critici da non sottovalutare. Una recentissima review (1) ci sembra particolarmente rilevante per focalizzare bene i rischi: lo studio aveva l'obiettivo di stabilire ciò che si sa sull'impatto delle misure di contenimento sulla salute mentale di bambini e adolescenti, selezionando studi fra il 1946 e il 2020. La revisione ha incluso 63 studi per un totale di 51.576 partecipanti, giungendo a chiare conclusioni: l'isolamento sociale e la solitudine aumentavano il rischio di depressione fino a 9 anni dopo. Le conclusioni dei ricercatori hanno evidenziato come bambini e adolescenti abbiano maggiori probabilità di sperimentare tassi elevati di depressione e molto probabilmente ansia durante e dopo la fine dell'isolamento forzato. Questo può aumentare in corrispondenza alla continuazione dell'isolamento. Per questo motivo, da più parti, viene sottolineato come i servizi sanitari dovrebbero offrire supporto preventivo e intervento precoce, ed essere preparati per un aumento dei problemi di salute mentale. I fattori che maggiormente incidono sono incertezza, isolamento e angoscia dei genitori che hanno un impatto sulla salute mentale di bambini e adolescenti molto forte. La prevedibilità è una forza stabilizzante per bambini e adolescenti, ma in questi anni è stata interrotta dall'epidemia. I bambini e i ragazzi hanno molte preoccupazioni legate alle conseguenze del COVID-19, ad esempio se questo permetterà loro di vedere amici e parenti, se potranno o no andare a scuola, se si ammaleranno o potranno contagiare i loro cari. I ricercatori, da più parti, suggeriscono che la solitudine sperimentata dai giovani durante le misure di contenimento della malattia per COVID-19 può influire sulla loro futura salute mentale: pertanto raccomandano un supporto preventivo e un intervento precoce per affrontare i bisogni di salute mentale di bambini e adolescenti durante la pandemia. Per questo motivo, grazie allo strumento prezioso dei C.I.C. il Sert ha continuato nelle scuole secondarie di secondo grado del nostro territorio, il lavoro di prevenzione in remoto, utilizzando particolari metodiche esperienziali, fra le quali il Group Parol, che ben si presta ad affrontare i problemi e ad attivare nuove rappresentazioni e risorse creative nei ragazzi. Il lavoro con i gruppi rappresenta una parte importante della pratica della prevenzione e promozione della salute, e più in generale della sanità pubblica, poiché è il mezzo attra-

verso il quale le persone possono diventare capaci di costruire un'azione collettiva. Inoltre il lavoro con i gruppi fornisce all'operatore più opportunità: le persone coinvolte nel progetto sono favorite nello stringere tra loro legami sociali più forti e nello sviluppare capacità riflessive e decisionali, oltre che procurarsi risorse necessarie per realizzare il progetto. Il *groupe parol* è una tipologia di gruppo finalizzata all'espressione e al contenimento di una problematica comune ad un gruppo; si orienta al sostegno del soggetto e del suo disagio: senza essere un gruppo terapeutico è un gruppo trasformativo. "Il *group parole* è un gruppo autocentrato fondato su una specifica problematica che costituisce una condizione di fragilità e vulnerabilità interna ai soggetti. In tal senso, muovendosi secondo una prospettiva euristica e, quindi, di ricerca dei fattori che danno vita a questa condizione di fragilità, questo gruppo si identifica con uno specifico spazio-tempo di narrazione della problematica nelle sue diverse implicazioni di rischiosità e nello stesso tempo di ricerca e scoperta di alternative di lettura e di modalità di approccio a questa problematica; si trasforma, quindi il modo in cui il mondo interno del soggetto si "avvicina" alla problematica. (2) La funzione del conduttore è di favorire e sostenere la trasformazione. Il *Groupe Parol* si può fare con un gruppo di persone accomunate da uno stesso problema e un'esperienza simile, creando così una rete relazionale. Si presenta come un luogo dove si cercano soluzioni e non solo dove si dà voce e si parla della problematica, ma aiuta a trovare nuovi modi per gestire il problema. Il prodotto del gruppo è una co-costruzione finalizzata alla trasformazione dei soggetti coinvolti e del rapporto tra questi e la problematica presa in esame.

Il *Group Parol* utilizza narrazione e metacognizione; le persone si raccontano nel rapporto col proprio problema e si riflette durante il percorso sui risultati raggiunti: l'altro rappresenta per me una risorsa per attuare una trasformazione.

Per esemplificare voglio riportare brevemente l'esperienza di un *group parol* svolto con una quarta liceo linguistico del territorio sul tema "cosa rappresenta per noi l'attuale condizione di pandemia e di distanziamento", vista la richiesta della scuola di lavorare sul disagio psicologico ravvisato nella classe. Dopo la prima proposta rompighiaccio, cioè la presentazione di ciascuno, oltre che con il nome, anche con una parola che può sintetizzare l'emozione nel cominciare il lavoro del gruppo, il conduttore procede con la proposta di un testo (lettera di un adolescente ad un amico che riguarda il disagio attuale dovuto alla pandemia) centrato su una problematica rilevante per i componenti del gruppo e che ha quindi, esplicita attinenza con la

condizione che stanno vivendo. Il testo è letto, in modo da favorire l'immaginazione, può evocare e promuovere emozioni, ma anche sviluppare concentrazione; il conduttore successivamente invita il gruppo alla realizzazione di una rappresentazione individuale grafica sulla condizione che sembra accomunare i singoli componenti. Gli elaborati vengono mostrati e ciascuno dà un contributo suggerendo possibili aspetti da integrare; il gruppo da noi incontrato, durante lo svolgimento dell'esperienza, ha definito la loro vita di adolescenti in questo momento un intreccio di incubo, isolamento, di stress per la dad, di paura del contagio, di depressione, di nostalgia delle piccole cose, di monotonia per giornate sempre uguali, ma anche di possibilità di crescita, di voler camminare con i propri mezzi, di valorizzare ciò che abbiamo, di dare importanza alle relazioni vere, di credere ancora nella possibilità di una vita serena. Tutto questo ha comportato per tutto il gruppo, spesso, sentimenti di solitudine, di noia, di vuoto, la sensazione di essere fermi dentro e fuori, di vivere in un tempo bloccato, di desiderio di leggerezza e di speranza. Il gruppo conta non solo sugli altri, ma anche sulla propria forza sia fisica che mentale, sulla propria energia e sulla determinazione ad uscire fuori da questa condizione più forti e più cresciuti. Il contatto con gli altri e soprattutto la scuola rivela tutta la sua importanza affettiva, sociale, comunitaria. Tutto il gruppo preferisce la didattica in presenza e ha compreso l'enorme importanza che la scuola ha nella vita degli adolescenti. Il gruppo da questa esperienza si porta una grande risorsa: la possibilità di condividere le emozioni, lo scambio affettivo e cognitivo, la bellezza del sentirsi di nuovo "classe" che con le lezioni in remoto temevano di aver perso. Osservare la vita attraverso i social e distanti dagli affetti più importanti per i giovanissimi è stato molto faticoso ma anche per certi versi una diversa opportunità. "Durante questa clausura forzata, ho scoperto di apprezzare la solitudine e il silenzio. In realtà questo lato del mio carattere c'è sempre stato, però solo adesso ne comprendo la vera natura e l'utilità. Infatti tendo a risolvere un qualsiasi problema o a ritrovare la calma stando sola con me stessa. Ho bisogno in sostanza di uno spazio per riflettere e riordinare le idee. E quando ho troppi pensieri per la testa, li scrivo; in questo modo gli do un ordine e una collocazione ben precisi". (3)

Bibliografia

- 1) *Loades M.E., Chatburn E., Higson-Sweeney N., et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Jun 3]. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;58(9):8567-8577*
- 2) *Perricone G., Polizzi C., Morales M.R., Corso di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione con elementi di Psicologia Pediatrica Mc Graw Hill 2014*
- 3) *Mari Albanese Lettera di una adolescente dalla sua quarantena in il Sicilia.it, 2/6/2020*

4.4

ADOLESCENZA E USO DELLE TECNOLOGIE AI TEMPI DEL COVID-19**Barbara B.*[1], Coppola L.[2]***[1]ASP Trapani SerD Alcamo - Alcamo - Italy, [2] Italy*

Sottotitolo: In questo lavoro abbiamo cercato di focalizzare un tema di grande interesse, ovvero l'uso delle nuove tecnologie da parte degli adolescenti, riletto alla luce della recente pandemia da Covid 19 che ha costretto i giovani a fare uso dei dispositivi elettronici per svolgere numerose attività, tra cui studiare, comunicare, relazionarsi, intrattenersi.

Matteo, 18 anni, frequenta l'ultimo anno di scuola superiore. Oltre allo studio, ha sempre dedicato molto tempo alla squadra di calcio in cui gioca, alla compagnia degli amici e alla fidanzata. Da quando è iniziata la pandemia, si sente sempre più apatico e con poca voglia di fare. È sempre stato uno studente brillante e volenteroso, ma ultimamente fa sempre più fatica a impegnarsi con motivazione nello studio e così anche il rendimento scolastico ne risente: non fa altro che procrastinare le interrogazioni con i docenti. Trascorre le giornate in casa, quasi sempre con uno schermo davanti: non solo per la Dad. Si è accorto che il suo tempo di utilizzo dello smartphone è aumentato di molte ore, circa sei: riferisce di utilizzare a lungo Instagram e Facebook leggendo o guardando contenuti, anche quelli che non gli interessano. Durante il lockdown, ha guardato per tre volte di fila la stessa serie tv di nove stagioni su Netflix. Richiede un consulto psicologico perché nel corso delle settimane precedenti ha provato a limitare l'utilizzo dello smartphone e del pc ottenendo scarsi risultati: ciò ha acuito l'ansia e la preoccupazione di non riuscire a smettere. Il caso di Matteo ha sollecitato la stesura di questo lavoro, focalizzato su un tema di grande interesse negli ultimi decenni ovvero l'uso delle nuove tecnologie da parte degli adolescenti, riletto alla luce della recente pandemia da Covid-19 che ha costretto giovani e meno giovani a fare uso dei dispositivi elettronici per svolgere numerose attività, tra cui studiare, lavorare, comunicare, relazionarsi, intrattenersi.

Le dipendenze nella prospettiva sistemico-relazionale

Durante la pandemia, ciascuno di noi ha potuto - o dovuto - confrontarsi con il digitale: se da una parte esso consente una comunicazione pressoché istantanea, dall'altra può renderci impazienti e compulsivi. Gli stimoli sono resi fruibili contemporaneamente attraverso l'apertura parallela di più finestre (modalità multitasking). L'apertura di un collegamento dentro l'altro ci porta a perderci in una «matrioska di link», spesso diminuendo il motivo per cui si era iniziato a navigare. Come accade negli stati dissociativi del sogno ad occhi aperti così quando si naviga si perde il senso del tempo: l'iperconnessione nel mondo virtuale porta ad allontanarsi sempre più dal mondo reale isolando la persona dal suo ambiente circostante e dagli altri significativi.

L'utilizzo prolungato della rete non altera solamente la percezione del tempo, ma anche dello spazio e di tutto ciò che esso offre. Nel cyber-spazio è assente la condivisione dello spazio fisico che consente al corporeo di farsi già esso strumento di comunicazione: dalla postura all'espressione del viso, compresa l'intonazione della voce, che permette di convalidare o disconfermare quanto detto verbalmente. Unico residuo di comunicazione non verbale è dato dalle «emoticons», le famose faccine. Per la e-generation lo smartphone è uno strumento indispensabile, diventato un prolungamento della propria identità; in questo modo, il giovane è continuamente impegnato ad aggiornare i propri spazi social o a seguire gli aggiornamenti di amici o persone anche mai incontrate prima, compresi i personaggi famosi così distanti ma più raggiungibili di un tempo. Molti studi finora condotti presentano limiti metodologici che non consentono di discriminare in maniera chiara situazioni di uso normale di Internet da condizioni di abuso o dipendenza. È stato suggerito che l'abuso sarebbe fortemente sollecitato da un assetto interiore carente, da un senso di vuoto, da sentimenti di solitudine, da difficoltà ad investire libidicamente la realtà. Inoltre, i soggetti dipendenti possederebbero, tra le caratteristiche di personalità, tratti di sensation seeking e novelty seeking ovvero la tendenza a ricercare sensazioni nuove e stimoli sensoriali ed emotivi intensi allo scopo di allontanare o mascherare sentimenti di vuoto o noia (La Barbera & La Cascia, 2008). In età adolescenziale, la tendenza a rischiare e a provare sensazioni ed esperienze nuove è maggiormente presente, unitamente alla ricerca di gratificazioni immediate, ragion per cui a questa fase del ciclo vitale è stata prestata particolare attenzione relativamente all'uso problematico delle tecnologie. La crescita dell'individuo avviene all'interno di un sistema che ne garantisca l'individuazione attraverso legami di appartenenza: l'adolescente può così riconoscersi in più

contesti relazionali al contempo differenziandosene, senza confondersi con essi. Secondo Baldascini (1996), lo sviluppo normale dell'individuo in definitiva dovrebbe prevedere, in questa fase di passaggio, che l'adolescente appartenga ad un sistema relazionale ma che sia anche in grado di separarsene. La mobilità intersistemica consente all'adolescente di utilizzare le specifiche risorse attinte dai suoi diversi sistemi di riferimento, la quale favorisce così uno sviluppo armonico della persona. All'inverso, i legami che impediscono questa evoluzione generano immobilità e dipendenza del soggetto, che si trova vincolato a quel sistema di cui ripropone con fedeltà gli stili interattivi anche in altri contesti. Da ciò possono derivare profondo disagio e rigidità, che potrebbero poi trasformarsi in esiti psicopatologici. In psicoterapia sistemica non va mai dimenticato che l'osservazione diagnostica va estesa al gruppo familiare quale sistema di interazioni; quando la famiglia non muta nel tempo le proprie funzioni, si manifestano rigidità dei ruoli e patologie degli individui. Pertanto il problema della dipendenza è il problema della sfida che si gioca tra appartenenza e individuazione.

Disregolazione affettiva ai tempi della pandemia

Come spiega Matteo Lancini (2019), l'iperconnessione rappresenta un primo tentativo di risolvere il proprio disagio psichico, di lenire una sofferenza non integrabile psichicamente - come accade d'altra parte con ogni sintomo che si presenti in adolescenza. Pertanto Internet non costituisce di per se stesso la causa dell'iperconnessione e del distacco dal mondo reale, sebbene sia chiaro ormai quanto senza la diffusione capillare di internet non sarebbe esistita una diffusione di massa di questo fenomeno. In molti casi, la dipendenza da internet scivola in uno stato di ritiro sociale della persona, provocando una compromissione non solo del funzionamento psichico e sociale, ma anche alterazioni biologiche come quello del ritmo sonno-veglia: comunque sia, tra le due condizioni sussiste una relazione ma non una sovrapposizione. L'utilizzo patologico di Internet, quindi, consente all'adolescente di anestetizzare stati emotivi e affettivi negativi, come tristezza, solitudine, paura e, mantenendo le relazioni con gli altri a una distanza tollerabile, anche l'angoscia e il senso di inadeguatezza vengono narcotizzate. Internet, perciò, diviene il medium attraverso cui conoscere il mondo, sperimentarsi ed entrare in relazione con gli altri (si pensi agli avatar e ai giochi di ruolo).

Nel caso dell'Internet Addiction, il livello di compromissione si valuta non in base al tempo trascorso online ma alle modalità di utilizzo degli strumenti elettro-

nici. La pandemia da Covid-19 ha costretto le persone a lunghi periodi di isolamento forzato e di confinamento in casa: l'utilizzo delle tecnologie si è rivelato pertanto indispensabile nella vita quotidiana. Quali traiettorie evolutive hanno attraversato gli adolescenti del 2020, impegnati nella sperimentazione di sé nei sistemi extra-familiari ma improvvisamente obbligati a trascorrere il proprio tempo all'interno dello spazio domestico?

Innanzitutto va precisato come l'isolamento sociale costituisca una dimensione diversa dal sentimento di solitudine: la prima rappresenta una condizione oggettiva di assenza di contatti sociali; in quanto sintomo è misurabile, può derivare da diversi percorsi evolutivi e appartenere a quadri clinici differenti. La solitudine rappresenta la percezione soggettiva di essere soli: per questo motivo vi sono persone isolate che riferiscono di non sentirsi sole, e persone che si sentono sole anche in mezzo alla folla. Se preceduta da sane esperienze di accudimento e accompagnata da una ben sviluppata intersoggettività, la solitudine può essere occasionalmente tollerata e consentire di sentirsi connessi agli altri anche quando si è da soli. Qualora così non fosse, la solitudine unita a uno stato di isolamento dagli altri si configura come un predittore rilevante di disagio psichico. In tal modo, verrebbe a crearsi una circolarità ricorsiva fra isolamento e solitudine, in cui il ritiro sociale si colloca contemporaneamente come causa ed effetto della sofferenza psichica (D'Angelo, 2020).

Nell'epoca di una pandemia di portata mondiale, diviene cruciale il ruolo giocato dalla capacità della regolazione affettiva, con cui ci si riferisce non solo al "controllo delle emozioni, ma anche [al]la capacità di tollerare affetti negativi (noia, vuoto, perdita, angoscia, depressione, irritabilità, rabbia) intensi e/o prolungati bilanciandoli con affetti di tono positivo in modo autonomo, ossia senza ricorrere a oggetti esterni o acting comportamentali (desideri suicidi, automutilazioni, uso di sostanze, disturbi dell'alimentazione, disorganizzazione comportamentale etc). Implica quindi l'attivazione di vari sistemi reciprocamente interconnessi di elaborazione della risposta affettiva, nelle sue componenti biologiche (neurofisiologiche e motorie) e psicologiche (vissuti ed elaborazioni cognitive)" (Caretto & La Barbera, 2005, pp. 51-52).

Nei casi di addiction gli intensi stati disforici causati da vissuti affettivo-emotivi negativi vengono ridotti da meccanismi difensivi di tipo dissociativo, i quali alimentano una spirale negativa di natura impulsiva-compulsiva: la memoria della produzione di piacere (egosintonica) e la ritualizzazione compulsiva (egodistonica) volta alla riduzione del dolore generano pensieri e

fantasie ossessive di ripetizione dell'esperienza additiva. I fenomeni dissociativi abbracciano uno spettro di esperienze e di sintomi, variabili per intensità. A un estremo del continuum, possiamo collocare esperienze dissociative di natura non patologica, comuni nella vita quotidiana, come il sognare a occhi aperti, perdersi in un libro o in un film, che creano micro-esperienze di distacco dal mondo reale: ad esempio, il fare zapping con il televisore funge da esperienza regolatoria esterna e consente transitoriamente di sperimentare stati emotivi maggiormente tollerabili rispetto a quelli provati nella vita reale; all'altro estremo, troviamo gli stati acuti di dissociazione o le forme conclamate di disturbo dissociativo, condizioni patologiche connotate dal collasso delle funzioni integrative dell'Io (Caretti & La Barbera, 2005). Secondo Putnam (2005) il ruolo difensivo della dissociazione è riconducibile a quattro aspetti: automatizzazione; alterazione ed estraniamento del Sé; compartimentalizzazione; protezione da sofferenze non elaborabili. L'articolarsi tra questi quattro aspetti determina in quale punto del continuum dissociativo si debba collocare l'esperienza in questione.

Conclusioni

La richiesta di consulenza psicologica da parte di Matteo avviene in un momento cruciale della sua vita: frequenta l'ultimo anno della scuola superiore e dovrà prendere al più presto delle scelte importanti per il suo futuro. A breve lascerà quel posto sicuro che per lui è stata la scuola superiore per avvicinarsi a una facoltà universitaria: ogni scelta implica una rinuncia e ciò suscita sentimenti di incertezza e di preoccupazione in Matteo. Il tutto avviene all'interno di una cornice storica non meno importante: già da diversi mesi la pandemia ha messo sotto i riflettori uno stato di precarietà e di vulnerabilità dell'essere umano che ogni giorno di isolamento sociale, di DaD o di smart working non fa altro che ricordare. Inevitabilmente, ciò ha attivato stati emozionali negativi, dominati da paura e ansia, ma anche tristezza e delusione per le esperienze sociali e relazionali di cui questo tempo ha reso privi: Matteo lo riferisce spesso, sente che il suo ultimo anno alla scuola superiore è trascorso senza grandi avvenimenti, incontri o esperienze. È così che stati affettivi negativi causati dall'isolamento sociale forzato hanno trovato stordimento nelle lunghe sessioni sui social o nelle lunghe maratone tv, dando luogo a micro-esperienze di tipo dissociativo come quelle di cui si riferiva sopra. In questo modo il tempo dell'adolescenza di Matteo, non essendo più scandito dalla campanella scolastica o dalle partite di calcio, trascorreva come un unico flusso temporale in cui si alternava solamente il tipo di attività svolta davanti a uno schermo. Pertanto,

sia se consideriamo l'uso problematico di Internet che l'abbuffata di serie tv (binge-watching), emerge in Matteo un deficit nella capacità di regolazione affettiva di stati emotivo-affettivi dolorosi e difficili da nominare e comunicare ad altri significativi, trovando un tentativo inefficace di regolazione esterna nell'uso delle tecnologie.

Bibliografia

- Baldascini L. (1996). *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*. Milano: Franco Angeli
- Caretti V. & La Barbera D. (Cur.) (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Astrolabio Ubaldini Editore
- D'Angelo R. (2020). *Il tempo della distanza: percorsi di solitudine e ritiro sociale. La notte stellata, Rivista di psicologia e psicoterapia*, vol. 2, pp. 88-103
- La Barbera D. & La Cascia C. (Cur.) (2008). *Nòos, Aggiornamenti in psichiatria. Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze "senza droga"*. Vol. 14, n. 2
- Lancini M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*. Raffaello Cortina
- Putnam F.W. (2005). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Astrolabio Ubaldini

4.5

IL LAVORO ONLINE PER CONTRASTARE IL GAP DURANTE LA PANDEMIA

Barbara B.*[1], Trapani V.[1], Bongiorno A.[1]
[1]ASP Trapani SerD Alcamo - Alcamo - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Durante la pandemia da Covid 19 è stata molto utile, per i nostri pazienti con Ludopatia, una presa in carico psicoeducativa online, per implementare le loro capacità di coping e per superare i limiti dovuti al rischio di contagio e alle regole di distanziamento che non permetteva l'accesso al SerD per un lavoro educativo in presenza.

*“Proprio come chi annega,
che si afferra a una pagliuzza,
lo riconoscerete anche voi che
se non stessee per annegare,
non scambierebbe una pagliuzza
per un ramo d'albero”
(F. M. Dostoevskij 1866)*

L'esposizione ad un'epidemia da COVID-19, è un importante fattore di rischio per la salute psicosociale individuale e collettiva in tutte le società. L'isolamento, l'allerta, l'impulsività diventano emozioni e comportamenti dominanti per molte persone, soprattutto per quelle più fragili e vulnerabili. La ludopatia oltre che un comportamento disadattivo, nocivo per la persona che ne è affetto e per la sua famiglia, è l'espressione di una disregolazione emotiva spesso di natura post traumatica; quest'ultima possiamo immaginarla come un'onda improvvisa che rompe la stabilità interna dei processi mentali che sono legati alla costante dinamica regolazione delle attività cervello-mente-corpo-ambiente. Possiamo quindi immaginare che lì dove è presente una disregolazione dovuta a fattori personali, ambientali, biologici o sociali, questa possa essere ulteriormente accentuata da fattori interni-esterni legati alla pandemia. I principali fattori ambientali che, durante la pandemia, possono contribuire a creare stress e quindi ulteriore disregolazione sono sicuramente:

- la rottura dei normali sistemi di supporto della comunità (servizi chiusi e meno risorse);
- l'isolamento e la quarantena forzata o auto-isolamento di individui, famiglie o di intere comunità;
- il drastico declino economico a causa di restrizioni, chiusura attività lavorative (ad esempio anche per la perdita di familiari e membri della comunità) e collasso delle imprese;
- Il proliferare di notizie contrastanti, incoerenti, fake news e opinioni contrastanti di esperti e ambigue raccomandazioni sulla salute pubblica che comportano una drastica amplificazione dell'ansia sociale.

Dati tutti questi fattori rischio, insieme all'impossibilità di colloqui vis a vis e di interventi in presenza, presso il nostro Sert, abbiamo immaginato un percorso di presa in carico psicoeducativa online, per implementare le capacità di coping nei nostri pazienti dipendenti dal gioco.

Alla luce del forte disagio determinato in tutti noi dalla pandemia, assume una rilevanza fondamentale il costruito di coping, termine con il quale Lazarus e Folkman (1984) si riferiscono all'"insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne, che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona". Tradizionalmente, il coping è stato considerato una caratteristica relativamente stabile di personalità, la quale determina le differenze individuali nel modo di reagire a eventi di vita traumatici. Il coping è stato anche definito come una modalità che comporta reazioni flessibili e mutevoli a eventi di vita quotidiani stressanti (Eckenrode, 1991). Attualmente, il coping viene considerato un processo che nasce in situazioni che mettono fortemente alla prova le risorse di un soggetto: in questa ottica l'obiettivo consiste nell'identificare la valutazione cognitiva di tali eventi da parte della persona, le eventuali reazioni di disagio, il tipo di risorse personali e sociali, gli sforzi di coping propriamente detti e gli esiti a breve e a lungo termine di tali sforzi. In questo modo viene messa in risalto la natura ciclica e cumulativa del processo, con una influenza reciproca tra gli elementi coinvolti (Lazarus, 1996).

Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante; se esse risultano funzionali, possono mitigare e ridurre la portata stressogena del problema (ansia per il contagio- bisogno compulsivo di ricorrere al gioco) ma, se disfunzionali, possono contribuire ad incrementarla. Il concetto di coping fa dunque riferimento alla modalità con cui le persone cercano di gestire gli eventi critici o le situazioni quotidiane stressanti. Il coping a cui ci riferiamo è il coping "emo-

tion-focused" (centrato sulle emozioni) che ha come fondamento strategie di intervento sul proprio vissuto emotivo, ma chiaramente prendiamo in esame e agiamo anche sul coping orientato al problema "gioco".

Le strategie di coping svolgono due funzioni principali: ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (coping focalizzato sul problema) e contenere le reazioni emozionali negative (coping focalizzato sulle emozioni). Il primo tipo di coping trova espressione in due fattori, denominati generalmente coping attivo e pianificazione. Il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (ad esempio, negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione) e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo). Le strategie non mirano a cambiare la situazione problematica, ma ad attribuirle un significato diverso tramite una ristrutturazione interiore. Il coping è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un'attivazione comportamentale dell'individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo, in balia dell'ansia e del richiamo del gioco e quindi incapace di decidere quando fermarsi. Altro concetto importante rispetto al nostro progetto è quello di empowerment, ovvero la capacità dei nostri utenti di praticare e rendere operative le proprie risorse, che contribuisce al percorso individuale verso il benessere. Il coping e l'empowerment favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali, promuovendo, così, un miglioramento della propria condizione ed un positivo coinvolgimento sociale. Grazie a tale percorso, si arriva a quello che viene definito benessere psicologico dove l'individuo è partecipe della realtà nella quale vive.

Tra le varie strategie di coping, abbiamo distinto le risposte orientate all'emozione da quelle orientate al problema e le risposte di attivazione da quelle di evitamento.

Le risposte di coping attivo orientato al problema consistono in:

- pianificazione e progettazione: la persona tende a prendersi del tempo per progettare, pianificare e ipotizzare degli step insieme all'educatore per poi, adottando comportamenti coerenti, dare seguito alle fasi con cui rispondere all'evento;
- ricercare attivamente supporti operativi: davanti al problema la persona attiva una ricerca di persone, libri, eventi o altro materiale idoneo a fornire una sorta di sostegno;

- orientamento al compito: la persona tende a concentrare l'attenzione sull'individuazione di quegli elementi che possono essere considerati utili nella soluzione del problema;

- percezione dello stressor come sfida: in questo caso la persona tende a dare il meglio di sé al fine di raccogliere la sfida e dare vita ad un cambiamento.

Le principali risposte di coping evitante orientato al problema, invece, consistono in:

- evitamento del comportamento- problema: quando la quotidianità è molto stressante il gioco rappresenta la forma di risposta più immediata in quanto permette alla persona di tenere sotto controllo le emozioni negative;

- desistenza comportamentale: consiste nel non farsi agganciare tramite automatismi o abitudini negative dalla situazione di disagio.

Rientrano nella categoria di coping attivo orientato all'emozione:

- la ristrutturazione cognitiva che consiste nell'attribuire un'interpretazione diversa a quanto sta accadendo;

- la ricerca attiva di supporti emotivi: in questo caso la persona manifesta la tendenza a rivolgersi a familiari, amici o direttamente all'operatore per avere un sostegno emotivo e per sentirsi meno sola;

- l'accettazione che consiste nel diventare consapevoli di quanto sta accadendo e inserirlo nella storia della propria esistenza.

- l'attribuzione di significati positivi: è il caso di persone molto credenti che interpretano quanto sta accadendo come un segno di fede.

Rientrano, infine, nella categoria di coping evitante orientato all'emozione:

- il disimpegno mentale, circostanza in cui la persona tende ad occuparsi d'altro per non pensare al problema;

- l'isolamento sociale: la persona si ritira per un periodo di tempo utile per concentrare il proprio pensiero su ciò che si desidera che accada.

Quando i nostri utenti attraverso l'intervento di psicoeducazione migliorano i sistemi di locus of control, cioè la percezione che hanno della relazione esistente tra il proprio comportamento, l'evento rinforzante e la percezione di autoefficacia, ampliano il desiderio di partecipare all'azione trasformativa e alla gestione dei fattori in gioco. Questo significa che tendono a ritenere che gli eventi siano controllabili (tendenza alla speranza) e che sia possibile intervenire per influenzare gli avvenimenti (ideologia del cambiamento possibile).

Obiiettivo di questo lavoro psicoeducativo online è stato soprattutto

- aiutare l'utente ad identificare le sue risorse interne ed esterne (supporto sociale, forze interiori, credenze,

religione, etc.).

- Incentivare la ricerca di supporti esterni e di attività che possano costituire fonte di arricchimento per i pazienti (associazioni pazienti, parrocchia, volontariato, etc.).
- Stimolare il paziente ad utilizzare le proprie risorse.
- Essere attenti a quali strategie il paziente utilizza in specifiche situazioni e quanto efficaci le percepisce.
- Favorire interventi psicoeducativi per attuare strategie di problem-solving nelle fasi critiche del problema o di maggiore stress.

Attraverso la psicoeducazione online abbiamo raggiunto fino ad oggi 25 pazienti, per un intervento psicoeducativo settimanale, tutti con problemi importanti di gioco d'azzardo, che avevano già cominciato un percorso presso il nostro Sert e tutti hanno manifestato notevole gradimento verso tale iniziativa e il bisogno di ascolto e di aiuto nel gestire il problema e nell'attuare strategie per affrontare le difficoltà legate alla pandemia e alla dipendenza dal gioco d'azzardo. L'attività è ancora in corso: 12 pazienti continuano il percorso psicoeducativo e 3 hanno manifestato il bisogno di una presa in carico psicoterapica. Possiamo concludere questa sintesi, con la consapevolezza che analizzare il bisogno dell'utente non significa solo individuare "ciò che manca" ma anche identificare le potenzialità della persona, ossia le sue risorse ed i punti di forza su cui agire insieme.

Bibliografia

- Dostoevskij F.M. Il giocatore 1° ed. originale 1866 Ed Italiana Feltrinelli 2014*
- Lazarus R.E Folkman S. Stress, appraisal and coping New York Springer 1984*
- Eckenrode J. The social context of coping Plenum Press Ed. Eckenrode 1991*
- Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process New York Mc Graw-Hill 1996*

4.6

LAVORARE ONLINE CON GLI ADOLESCENTI DURANTE LA PANDEMIA

Barbara B.* [1]

[1]ASP Trapani SerD Alcamo - Alcamo - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: In questo lavoro descrivo l'esperienza di un laboratorio online per adolescenti, utenti del nostro Ser.D, in cui il lavoro con lo psicodramma, si integra con il lavoro corporeo della mindfulness e con l'elaborazione del trauma attraverso l'EMDR, per dar vita ad una esperienza relazionale di sviluppo e di benessere, durante la pandemia da Covid 19

*“Quando la tempesta sarà finita,
probabilmente non saprai neanche tu
come hai fatto ad attraversarla e a uscirne vivo.
Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finito per davvero.
Ma su un punto non c'è dubbio.
Ed è che tu, uscito da quel vento,
non sarai lo stesso che vi è entrato”*
H. Murakami “Kafka sulla spiaggia” 2002

Nel giro di poche settimane potenti cambiamenti hanno colpito tutti noi, a causa del Covid 19, nessuno escluso. Abitudini personali e professionali da modificare, relazioni interpersonali da congelare, emozioni contrastanti da affrontare, che ci hanno costretto ad essere flessibili se non volevamo mettere tutta la nostra vita in stand-by. Non è stato facile inizialmente immaginare un lavoro con i pazienti adolescenti su una piattaforma online, ma urgente era il bisogno di non lasciarli soli, di ascoltarli, di mantenere delle relazioni affettive significative. Cosa ipotizzavamo avesse portato la pandemia, il lockdown, il bombardamento di immagini nella vita degli adolescenti? Le restrizioni sociali messe in campo per prevenire il contagio, temevamo avessero influito sul loro equilibrio psichico, visto l'innato bisogno umano di relazionarsi con l'altro, soprattutto attraverso il contatto fisico, gli sguardi, la mimica. Ammaniti ci ricorda infatti che “pur essendo centrali, durante l'adolescenza, il senso dell'io e l'inve-

stimento su di sé, il senso del noi diventa sempre più significativo. Identificandosi con il gruppo ci si stacca dal passato infantile e dalle identificazioni familiari e si approda sul nuovo pianeta dei coetanei... attraverso questi continui scambi con i coetanei il senso del noi si rafforza”(1).

In questo lavoro descriverò l'esperienza di un laboratorio per adolescenti in cui l'esplorazione della dimensione della propria individualità e della relazione con l'altro attraverso lo psicodramma, si integra con il lavoro corporeo della mindfulness e con l'elaborazione del trauma attraverso l'EMDR, per dar vita ad una esperienza relazionale di sviluppo e di benessere.

L'attraversamento del sogno, del ricordo, insieme al respiro, all'abbraccio della farfalla, alle immaginazioni guidate, ha permesso come dice Jon Kabat Zinn di “accordarci” nel gruppo, per far nascere anche online e in tempo di Covid 19, una esperienza relazionale ed affettiva condivisa. Infatti “anche i più grandi musicisti, nelle più grandi orchestre, con i migliori strumenti del mondo, prima di suonare accordano il proprio strumento e lo accordano con quello degli altri” (2).

Il SerD è uno spazio difficile, complesso, pieno di sofferenza, dove spesso nel lavoro di psicoterapeuta fai uso di “strumenti terapeutici consolidati” per tenere a bada la tua impotenza. La Mindfulness e l'EMDR sono state in questi anni mie compagne nei momenti più difficili, la prima come possibilità autoregolativa dell'attenzione che il paziente volge alle proprie esperienze immediate, adottando un atteggiamento di curiosità, di apertura e di accettazione, la seconda una via per attraversare le esperienze traumatiche più dolorose e poter riavviare la capacità della mente di auto guarirsi.

Il gruppo è formato da 6 adolescenti tutti con storie traumatiche. Le esperienze infantili sfavorevoli sono associate al 44% delle psicopatologie durante lo sviluppo e il 30% negli adulti (Archives of Psichiatriy 2010)) e sono le cause più frequenti di disturbi psicologici a tutte le età. La rielaborazione di queste esperienze traumatiche non solo diminuisce i fattori di rischio, ma diventa un fattore di protezione per ulteriori eventi di vita che possono presentarsi. Rispetto al difficile momento che il Covid 19 ci costringe a vivere e all'utilizzo dei mezzi telematici per incontrare i pazienti, mi è stato molto utile lo stimolo di Stefano Bolognini (2020) nel suo “Riflessioni in pandemia” in cui scrive “paragonerei questi aggiustamenti alla soluzione pragmatica di trasferirsi temporaneamente in una tenda da campo durante un periodo di scosse sismiche in cui si debba stare per un certo tempo fuori di casa: una soluzione non ideale, certamente, ma pur sempre vivibile, a patto di non darla per scontata e di

esplorarne insieme le condizioni e gli sviluppi interni, per non negarli". (3) E io conosco molto bene l'adattarsi e il riorganizzarsi creativo post sisma, per averlo vissuto realmente in prima persona. In questo senso mi sento di utilizzare il criterio della "sartorialità" nella confezione di un setting personalizzato che, in questa nuova circostanza, mostra una sua innegabile validità e propongo loro un'esperienza di laboratorio di 8 incontri di 2 ore ciascuno, con cadenza quindicinale. I principali obiettivi che mi sono posti sono soprattutto:

- 1) la possibilità per gli adolescenti di entrare in contatto concreto e realistico con i nuclei della propria sofferenza;
- 2) la rappresentazione degli stessi, nel qui e ora, attraverso il gioco dei ruoli e le tecniche specifiche dello psicodramma;
- 3) il riaggancio con la memoria personale e di gruppo, con la possibilità di ricostruire parti della propria storia;
- 4) l'esplicitazione "organizzata" di sentimenti e di emozioni che riemergono attraverso il coinvolgimento globale dell'individuo nell'azione scenica;
- 5) l'individuazione della percezione di sé in relazione agli altri, così come la propria collocazione affettiva all'interno del gruppo.

Il primo importante momento del gruppo è quello di mettere radici, di creare un terreno comune in cui ciascuno può sperimentare appartenenza, condivisione, sicurezza, calore e possibilità di espressione di sé. La modalità online permette tutto questo e non si perde la ricchezza dell'incontro "vis a vis".

Il lavoro psicodrammatico, arricchito della mindfulness e dall'EMDR, procede negli incontri online, nella stanza virtuale che ci protegge dal virus ma che ci espone a grandi emozioni, per niente attenuate dagli schermi e dalle videocamere. Il gioco drammatico "attivando sia il registro delle percezioni dei sensi che quello del corpo, sviluppa l'incisività delle intuizioni conoscitive. Esse, successivamente al loro accesso alla coscienza, possono diventare strumenti di conoscenza della realtà interna ed esterna e tradursi in progetti trasformativi sperimentabili in altri contesti di vita. Solo sostenendo un dialogo continuo e fluido con l'inconscio e la dimensione immaginale dei ruoli che esso ci propone, possiamo acquisire la capacità e la libertà di sviluppare le funzioni rimaste in arretrato e integrare le istanze personali differenti in configurazioni originali"* (4) Cominciamo pian piano ad intravedere e a percorrere il filo delle trame e delle relazioni. Ciascuno è spinto a scorgere negli altri quegli impulsi, quelle mancanze e quei difetti, quelle ferite che in realtà sono suoi, che appartengono alla sua Ombra e che egli nega di possedere. Il riconoscimento dell'Ombra, richiede di affrontare il proprio negativo, accettare che il male può esse-

re presente anche dentro di noi, non proiettarlo solo all'esterno, sulle altre persone, ma accettare la propria intima natura è il risultato di ogni efficace processo di crescita e di individuazione. In molti incontri il lavoro terapeutico riesce ad operare un decentramento percettivo, per permettere al paziente di uscire da una lettura del reale rigido e monodirezionale (figure genitoriali e di attaccamento investite da sentimenti negativi) per cogliere 'da dentro' aspetti importanti che permettono di arricchire le percezioni e fornire chiavi diverse di lettura.

Attraverso la meditazione i partecipanti al gruppo riescono invece a sentire e ad essere consapevoli di ciò che provano. Quando la sensazione è spiacevole o dolorosa, hanno modo di contemplare la natura della sofferenza, la loro adesione inconsapevole, il loro coinvolgimento e, quindi anche la possibilità di uscirne, di approdare a uno stato di equilibrio e di distacco. Viene fuori l'immagine del naufrago, di loro come naufraghi, coloro che hanno lasciato una terra conosciuta (l'infanzia) e si avventurano con speranze, ma con tanti rischi, temendo di non farcela o di trovare solo muri, solo rifiuti, solo fallimenti, ma pur sempre felici di avventurarsi e di scoprire cosa c'è in avanti, portando con loro le fragilità, le risorse, i legami e i ricordi. Filo conduttore del gruppo sembra essere l'individuarsi nonostante le difficoltà nella crescita, nelle relazioni, nonostante la pandemia. Tutto il gruppo si interroga continuamente sulle proprie relazioni con la "madre che fa nascere e nutre" con il "padre che da strumenti e ti legittima nel mondo", con "i fratelli che condividono le fatiche" e come naufraghi sopravvivono alla meglio al mare vorticoso della vita.

Questa esperienza che ha utilizzato scenari condivisi (psicodramma, emdr, mindfulness) è stata molto impegnativa ed è frutto della costrizione dataci dalla pandemia, maturata in breve tempo ma in continua verifica e cambiamento, avendo come perno l'ascolto attivo dei ragazzi stessi. La funzione centrale è quella di permettere il passaggio dal soggettivo all'intersoggettivo, dal dentro al fuori, di essere creativi, di apprendere dall'esperienza, di assumersi responsabilità e di far sperimentare luoghi di pensiero e spazi di relazione. L'utilizzo della drammatizzazione, della meditazione e della musica ha amplificato e strutturato momenti di gioco, di riscaldamento, come momento preparatorio per tirare fuori l'energia emozionale, fisica e intellettuale necessaria per poter sentire, pensare e /o agire una espressione, cercando di abbassare la "guardia dell'ansia", e trovare quell'atto spontaneo all'incontro. Prendersi cura di adolescenti sofferenti e distruttivi è un compito non semplice: il dolore espresso dei ragazzi attraverso l'odio, la paura e le resistenze, rispecchiano

non solo il loro malessere intrapsichico ma emergono anche nella relazione nel qui e ora del gruppo. Per questo ritengo sia stato utile la costruzione di un luogo "altro", di uno spazio virtuale, di una stanza simbolica, non fisica, che li proteggeva rispetto all'intensità dell'incontro reale, ma gli permetteva comunque di migliorare il funzionamento mentale complessivo e la capacità relazionale, mantenendo il conflitto presente, introducendo elementi critici volti ad ampliare la conoscenza di sé e la consapevolezza delle proprie modalità di funzionamento, sia adattivo che patologico. "Il contratto con l'adolescente deve essere basato sulla fiducia più che sulla condivisione di obiettivi, per permette di far scoprire il "piacere di esserci" di "stare insieme" spogliandosi da pregiudizi per arrivare a riconoscere e ad accettare sia le componenti positive, le qualità, che gli aspetti "ombra", i difetti dell'altro con cui si è, inevitabilmente, costretti a misurarsi" (5). Nel gioco psicodrammatico così anche nella mindfulness e nell'EMDR, partecipando con i propri sensi e il proprio corpo, ciascuno stimola i livelli pre-verbali dell'esperienza, i canali di espressione più antichi, con la possibilità di entrare in contatto con parti di sé più profonde, a forte carica affettiva e alla fine del gioco, potrà finalmente contattare il dolore che esprime attraverso il pianto e la tristezza. Per quanto riguarda me, pur soffrendo per la scarsa possibilità di movimento e soprattutto per l'assenza di contatto fisico, esco da questa esperienza sicuramente arricchita, sicura della forza dello Psicodramma anche in modalità online, fonte comunque di grandi emozioni e tale da essere arricchito da spunti e stimoli anche diversi, mutuati da altre tecniche, che possono contribuire a renderlo ancora più ricco ed efficace. Ho voluto soprattutto guardare ai vantaggi più che agli svantaggi, alla possibilità che dava a tutti di esserci, al desiderio di sviluppare creatività, di utilizzare tutti i canali possibili in mancanza di quelli che si usano di solito nell'esperienza in presenza. Ho cercato di creare un ascolto attivo reciproco, rafforzando la mimica e la gestualità favorendo la funzione immaginale, espressiva per superare la solitudine e mettere in comune la sofferenza. Ho accettato la sfida della novità e della complessità, che, come dice Morin "ci richiede di pensare senza mai chiudere i concetti, di spezzare le sfere chiuse, di ristabilire le articolazioni fra ciò che è disgiunto, di sforzarci di comprendere la multidimensionalità, di pensare con la singolarità, con la località, con la temporalità, e di non dimenticare mai le totalità integratrici" (6) Adesso che scrivo, dopo diversi mesi dal primo lockdown siamo nella seconda ondata della pandemia; ad un contatto per il follow up, tutti mi rispondono aperti e tutto sommato sereni, ognuno di loro sembra aver

fatto delle scelte positive, abbia ripreso con maggiore equilibrio la quotidianità; uno di loro, quello che non aveva più contatti con l'esterno, al telefono mi dice "Mi sento molto cambiato in questi mesi, sicuramente in positivo. Sento che sono più capace ad affrontare le mie cose e poi ho diversi amici, sono in un gruppo che mi fa sentire bene". "Qualche volta il destino assomiglia ad una tempesta di sabbia che muta incessantemente la direzione del percorso. Per evitarlo cambi l'andatura. E il vento cambia andatura per seguirti meglio. Tu allora cambi di nuovo e subito di nuovo il vento cambia per adattarsi al tuo passo... perché quel vento non è qualcosa che è arrivato da lontano, indipendentemente da te. È qualcosa che hai dentro. Quel vento sei tu. Perciò l'unica cosa che puoi fare è entrarci in quel vento, camminando dritto e chiudendo forte gli occhi per non fare entrare la sabbia. Attraversarlo, un passo dopo l'altro... E naturalmente dovrai attraversarla quella violenta tempesta di sabbia, metafisica e simbolica, ma che lacera le carni come mille rasoï" (7).

Bibliografia

- (1) Ammanniti M. *Adolescenti senza tempo* Raffaello Cortina 2018
- (2) Kabat Zinn J. *Vivere momento per momento* Tea editore 2019
- (3) Bolognini S. *Riflessioni in pandemia in Spiweb.it* 2020
- (4) Druetta W. "A che gioco giochiamo? *Rivista dell'associazione per lo sviluppo dello Psicodramma individualivo n. 0* 1992)
- (5) Mazzara G. *Vite urlate. Adolescenti e psicodramma*, FrancoAngeli, Milano 2008
- (6) Morin E. *La sfida della complessità* Editore Le Lettere 2017
- (7) Murakami H. "Kafka sulla spiaggia" Feltrinelli 2002

4.7

POST-COVID: RIPROGETTARE IL BENESSERE

Di Giovanni C.*[1], Faillace G.[2]

[1]ASP Trapani SerD Alcamo - Alcamo - Italy, [2] Italy

Sottotitolo: Dopo la Pandemia, che ha portato tanto malessere, sarà necessario ritornare ad un Benessere possibile. In un futuro senza certezze, la speranza sarà determinata proprio dalle nostre capacità di Funzionamento: dalla Forza, dalla Consistenza, dalla Fiducia, dalla Progettualità, dall'opportunità di fare le scelte giuste per sé stessi e per l'umanità.

La Pandemia che ha flagellato il mondo negli anni 2020-2021, con cui stiamo imparando a convivere e in parte a fronteggiare, grazie all'apporto dei vaccini e dei nuovi farmaci, ha cambiato il modo di vivere della società umana e su tanti fronti.

E se nei Servizi Sanitari si è cercato di affrontare questo malessere a vari livelli, a lungo andare anche chi non è stato toccato direttamente dalla malattia, ne è stato condizionato in maniera nefasta. Sicuramente in quest'ultimo periodo è aumentato lo stato di malessere della popolazione, la Pandemia ha apportando uno stato d'allarme prima acuto e successivamente cronico con grandi preoccupazioni per sé stessi e soprattutto per il presente ed il futuro delle nuove generazioni.

La resilienza iniziale degli italiani nella primavera 2020 aveva spinto le persone a reagire positivamente, proteggendosi dal pericolo, usando i presidi, rimanendo a casa.

Si utilizzava lo Smart Working, la DAD, la Presa in Carico on line dei pazienti e l'illusione di contrastare il pericolo dava un pò di tranquillità. Ma dopo tanto tempo, senza vedere i parenti, gli amici di sempre, senza svagarsi, senza viaggiare, senza potere festeggiare il Natale e le altre occasioni importanti, continuando a lavorare o studiare da casa, le persone hanno incominciato a non avere più risorse. Sono aumentati gli attacchi di panico in tutte le fasce d'età. La gente è diventata più ansiosa e soprattutto stanca. e la stanchezza è uno dei più conosciuti disturbi dovuti allo stress. Il periodo storico-economico attuale aggravato dai problemi di riscaldamento eccessivo della terra e dalla pandemia di Covid-19 ha sicuramente, amplifica-

to l'allarme personale e lo stato di apprensione sociale. aumentando i livelli di malessere fra la popolazione. E se l'individuo è sempre più costretto ad essere teso, sempre in attività, sempre in allarme, allora non riesce più a raggiungere in modo pieno lo stato di Benessere. "Le persone percepiscono chiaramente la mancanza di qualcosa e tentano di colmarla come possono: con la ricerca ossessiva del sesso, con il gioco d'azzardo, con il fumo, con la compulsività per il lavoro; oppure cercano di allentare la morsa dell'angoscia e ritrovare il paradiso perduto del Benessere con il bere, con le droghe." (Rispoli, 2004, p.133).

Certamente oggi la società è molto lontana da una condizione di Benessere. "Il virus e il lungo confinamento ci hanno messo di fronte a una realtà che non possiamo più ignorare. Non possiamo più chiudere gli occhi su come realmente viviamo, su come stiamo quasi tutti, sul disagio, che troppo spesso permea le nostre vite." (Rispoli, luglio 2020).

"C'è uno stato di stress diffuso che colpisce un pò tutti, una tensione costante dovuta al pericolo reale, ma anche e molto dal bombardamento di notizie preoccupanti e ansiogene. (...) Ma c'è un'altra ragione molto importante per questo affaticamento da isolamento, una ragione che troppo spesso dimentichiamo, e che la società della velocità tende a sommergere. Gli esseri umani sono animali da branco, animali da società, come quasi tutti i mammiferi. Le altre persone sono per noi indispensabili, dobbiamo immergerci nelle relazioni, specie quelle affettive. Ma immergerci non è soltanto "parlare". I cuccioli umani sono immersi nell'odore dei genitori, nel contatto pelle-pelle, negli abbracci stretti, nelle carezze (...).

Noi usciamo provati dall'isolamento, proprio per una mancanza di contatto sociale vero, a tutto tondo. Le chiamate (a volte non a caso lunghe e interminabili) non sono la stessa cosa, non possono sopperire al vero contatto che è soprattutto fisico. Dobbiamo ricordarci che l'uomo è un essere tribale, e che la tribù è fatta di suoni, di odori, di abbracci, di forza, di tenerezza, di danze, di rituali. Tutto molto fisico. Abbiamo fatto fatica a non avere tutto questo (...), (ma la prospettiva è che ci mancherà il vero contatto ancora per molto). Abbiamo resistito, chi meglio e chi peggio, a seconda delle risorse interne di ciascuno, della propria Consistenza, della Autonomia (la capacità di stare con sé stessi), della Calma, del sapere godersi lo Stare senza doversi per forza iper-attivare, della capacità di avere un Controllo morbido che non ci trascini verso quello ossessivo.

E dunque, questi Funzionamenti di fondo sono fondamentali per la salute e il benessere, così come il Contatto pieno e intenso. Una volta che sappiamo su

cosa agire, e conosciamo le tecniche che intervengono e rafforzano quei Funzionamenti di fondo che abbiamo citato (intervenedo sull'intero complesso mente-corpo), progettare una efficace attività di prevenzione non è difficile." (Rispoli, maggio 2020) Si può agire sia sulle famiglie che sulla scuola, organizzando sia momenti di informazione e sostegno ai genitori, agli adolescenti, ai docenti, sia con i nostri utenti SerT, sia con progetti rivolti alla cittadinanza.

Dobbiamo ripartire, è necessario, dobbiamo curare le ferite che la pandemia ci ha lasciato e su più fronti ma dobbiamo anche dare una mano alle persone dei nostri territori a riprendersi la propria vita da attori protagonisti, per creare un futuro migliore per la società, che impari a stare più attenta e alla salute dell'uomo e a quella della natura con cui egli è intrinsecamente legato per appartenenza.

Progetto Benessere Post Pandemia

Finalità.

Il percorso Benessere vuole essere un'opportunità per riscoprire le risorse più reali e vitali. "Possiamo nuovamente rafforzarsi, diventare più capaci e saggi e pieni di vita vera (...). Dobbiamo intervenire sui Funzionamenti profondi delle persone, a cominciare soprattutto dalle nuove generazioni. Ma dobbiamo agire sulla interezza mente-corpo perché altrimenti il cambiamento non potrà avvenire: non basta la consapevolezza, non basta capire, non basta dire alle persone di cambiare (Rispoli, luglio 2020).

Il progetto permette una chiave di lettura dell'individuo e fornisce indicazioni per intervenire in modo preventivo al riequilibrio di eventuali situazioni in stato di nascente alterazione. Dopo la valutazione delle reali condizioni dei partecipanti è possibile, infatti, programmare attività specifiche, per un miglioramento dei Funzionamenti del Sé ed un recupero delle Esperienze Basilarie che permettono un ripristino del Benessere. Infatti, "conoscere il Funzionamento della persona e le relative possibili alterazioni consente di intervenire adeguatamente riequilibrando il Funzionamento del Sé, aprendo condizioni di Benessere nel presente e creando i presupposti per un Benessere futuro" (Di Giovanni, 2018, p. 12).

Obiettivi

Incremento della Consapevolezza di Sé

Incremento del Benessere

Riconoscere i propri bisogni

Apertura ed ampliamento della capacità di Contatto e Condivisione

Incremento della Consistenza personale

Ricominciare a sognare e concretizzare i propri desideri

Incremento della capacità di resilienza.

Fasi del percorso

Incontro preliminare di presentazione del progetto e raccolta delle adesioni

Valutazione Funzionale degli iscritti e programmazione dettagliata del percorso

Realizzazione del Percorso Psicocorporeo

R-Test e verifica finale

Restituzione al gruppo

Metodologia

Alternanza di attività pratico-esperienziali con riflessioni sulle personali modalità di funzionamento, secondo l'approccio del Neo-Funzionalismo.

Si utilizzeranno metodologie Funzionali che agiscono proprio sui Funzionamenti profondi del Sé, e che sono in grado di recuperare le risorse e le capacità che rendono la vita piena, naturale, armonica e ricreano condizioni di BENESSERE.

Considerato il periodo di pandemia attraversato con lo stato di allarme, l'obbligo di distanziamento e allo stesso tempo la paura di avvicinare l'altro, si percepisce la necessità di un percorso di riaccompagnamento alla relazione espansiva con l'altro, alla vicinanza, alla riconquista del contatto buono, della relazione corporea con gli altri.

A tal fine saranno programmate tecniche e metodologie che permetteranno un graduale riavvicinamento all'altro con serenità, per ritornare alla possibilità di un tranquillo lavoro psicocorporeo col gruppo.

Attività

Verranno attraversate le seguenti EBS: Lasciare, Benessere, Stare, Aprirsi, Calma, Essere Protetti, Essere Portati, Necessità dell'altro, Essere Tenuti, Essere Presi, Sensazioni, Allentare il Controllo, Contatto, Contatto attivo, Perdere il Controllo, Essere Nutriti, Abbandonarsi all'altro, Consistenza, Forza, Essere Contenuti, Tenerezza, Desiderare.

Target: da 10 a 20 adulti.

Tempi

12 incontri per un totale complessivo di 34 ore:

1 incontro preliminare di 2 ore

10 incontri esperienziali di 3 ore ciascuno

1 incontro conclusivo di 2 ore.

Spazi: salone con moquette o parquet

Materiali e strumenti

Un materassino, un cuscino, una benda, una corda di

tre metri ed una coperta per ogni partecipante; 1 risma di carta 21x29,7, pennarelli, registratore con lettore CD, macchina fotografica digitale, video-proiettore, computer.

Ai partecipanti è consigliato abbigliamento comodo e due paia di calzettoni.

Verifica

La verifica verrà realizzata in base a:

Risultati delineati dalla elaborazione dei dati delle schede di valutazione Funzionale somministrate pre e post percorso

Livello di partecipazione

Livello di gradimento

Il desiderio di chi scrive, da 20 anni conduttrice di gruppi Funzionali al SerT di Alcamo e dei futuri partecipanti ai Percorsi Funzionali (al SerT di Alcamo sono presenti già liste d'attesa di aspiranti corsisti), è che si possa al più presto ritornare ad una condizione di serenità sanitaria rispetto alla Pandemia e riaprire anche nei Servizi il lavoro con i gruppi psicocorporei. E così con l'aiuto del Pensiero Funzionale si potrà "finalmente recuperare il benessere profondo (...), intervenire per eliminare lo stress e riguadagnare benessere individuale e sociale (relazioni positive nel nostro lavoro e nella nostra vita affettiva)." (Rispoli, luglio 2020)

Ritornare ad un Benessere possibile oggi è fondamentale, in un futuro senza certezze, la speranza sarà determinata proprio dalle nostre capacità di Funzionamento: dal nostro Benessere, dalla nostra Forza, dalla Consistenza, dalla Fiducia, dalla Progettualità, dalla capacità di fare le scelte giuste per sé stessi, per l'umanità e per la natura.

Bibliografia

Di Giovanni C. (2018), *Il Neo-Funzionalismo nelle attività di prevenzione al SerT*, in *Neo-Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere*, S.E.F. Rivista Telematica n.6 dicembre 2018.

Di Giovanni C., Faillace G. (2020), *L'impatto della infezione da SARS-CoV-2 nei setting operativi. La riformulazione di alcuni interventi al SerD di Alcamo*, in *Mission n° 54 Periodico trimestrale FeDerSerD*.

1 Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano, Franco Angeli.

0 Rispoli, L., & Di Nuovo, S. (2011). *L'Analisi Funzionale dello Stress*. Milano, Franco Angeli.

0 Rispoli L. (2016), *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati*. Milano,

1 Franco Angeli.

2

2 Rispoli L. (2020), *Come ci può cambiare la Pandemia*. 20 maggio 2020, luc@admin

3

4 Rispoli L., (2020). *Virus, vita e potenzialità*. 20 luglio 2020, luc@admin

4.8

RESILIENZA E COVID-19**Donnoli D.*[1], Pascaretta M.[2]***[1] UOSD SerD Villa d'Agri - ASP Potenza - Marsicovetere - Italy, [2] Marsicovetere - Italy*

Sottotitolo: La valutazione del disagio nell'utenza del SerD di Villa d'Agri-ASP Potenza causato dall'emergenza sanitaria da COVID-19 e le possibilità di resilienza.

Il SerD di Villa d'Agri dell'Azienda Sanitaria di Potenza ha svolto una attività di valutazione e di sostegno al possibile disagio causato nell'utenza dall'emergenza sanitaria da COVID-19 attraverso lo svolgimento di un progetto denominato "Resilienza e COVID-19". Nel settore delle dipendenze patologiche, infatti, la "resilienza" individuale (importante per resistere alle avversità e puntare ad una ripresa) è ulteriormente resa più difficile da ottenere in soggetti che, pur vivendo attualmente una migliore condizione fisica ed una migliore integrazione nella comunità rispetto al passato (ciò in virtù anche degli efficaci percorsi curativi e riabilitativi messi in campo dalle strutture sanitarie specializzate come i Ser.D.), continuano, comunque, ad affrontare situazioni di disagio e marginalità sociale. Il progetto si è svolto nel II semestre del 2020 ed è stato caratterizzato da tre fasi:

- 1) questionario da somministrare all'utenza atto a valutare eventuali variazioni nei comportamenti d'abuso durante la fase di convivenza con l'emergenza pandemica da COVID-19;
- 2) colloqui di sostegno con l'utenza finalizzati alla possibilità di favorire la rimozione delle situazioni di disagio (resilienza),
- 3) questionario atto a valutare il superamento da parte dell'utenza di eventuali ulteriori problemi legati all'arrivo dell'emergenza pandemica da COVID-19.

Dati e risultati dell'attività progettuale

Dati: è stato coinvolto (con somministrazione questionari e colloqui) un campione di 40 utenti del nostro Servizio (31 M; 9 F con range di età compresa fra 17 e 50 aa. con titoli di studio: n° 16 Licenza Media; n° 18 Diploma di Scuola Superiore; n° 6 Diploma di Formazione Professionale). Risultati: 1) alla domanda se in emergenza COVID-19 il consumo di droghe alcol

o gioco di azzardo fosse variato, il 50% del campione ha risposto che il consumo di droghe, alcol e di pratiche GAP era diminuito (il 45% ha risposto invariato, il 5% ha risposto aumentato); 2) alla domanda se, con il manifestarsi dell'emergenza COVID-19 l'utente avesse riscontrato problemi nello svolgimento del percorso terapeutico, la percentuale pari a 80% del campione ha risposto di non aver riscontrato problemi; 3) In sede di colloquio finale, infine, la percentuale pari a 80% del campione ha dichiarato di aver superato i problemi che si erano manifestati anche con l'arrivo dello stato emergenziale pandemico da COVID-19.

Bibliografia

- G. Antonelli, M. Clementi, G. Pozzi, G.M. Rossolini: *Principi di Microbiologia Medica Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017.*
- A. Zolli, A.M. Healy: *Resilienza. Rizzoli Editori, Milano, 2014.*
- A. Marcolongo: *La lezione di Enea. Editori Laterza, Bari, 2020.*
- L. Manzoli, P. Villari, A. Boccia: *Epidemiologia e Management in Sanità. Edi-Ermes, Milano, 2015. II Edizione.*



FeDerSerD