

Editoriale. 2012: sostenere la crescita professionale dei servizi e migliorare il sistema di intervento 1

**AREA DIAGNOSTICA**

**MATE**  
*Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation.*  
Valutazione delle variabili per la diagnosi e l'orientamento al trattamento nella dipendenza da sostanze  
Giorgio Nespoli, Emanuele Bignamini 4

**AREA CLINICA**

Objetti virtuali e sessualità in vitro: l'abuso di Internet correlato alla sexual addiction può sviluppare le nuove frontiere del porno?  
Annalisa Pistuddi, Franco Avenia 14

**AREA INTEGRAZIONE**

Il "calore" in una tazza.  
Uno spazio di prossimità tra servizio pubblico e terzo settore  
G. Pellegrini, A. Rizzonelli 17

**AREA STUDI E RICERCHE**

La percezione del rischio da sostanze d'abuso in ambiente lavorativo: i risultati di una ricerca d'indagine in un comprensorio industriale  
Donato Donnoli 40

Tossicodipendenti e misuso di farmaci. Un'indagine conoscitiva tra soggetti afferenti a Ser.T. delle province di Bergamo e Milano  
M. Corti, G. Strepparola, C. Assi, U. Calzolari, P. Donadoni, G. Ferreri, C. Fogaroli, R. Mangili, R. Moiola, G. Pennisi, M. Riglietta, L. Tidone, A. Lucchini 51

**AREA MANAGEMENT**

Pensare in un Servizio per le Tossicodipendenze attraverso l'Analisi Organizzativa Multidimensionale  
Chiara Menghini, Gaetano Di Mauro 44

**LE RUBRICHE**

Contaminazioni  
Maurizio Fea  
Eterogenesi dei fini e geni egoisti 56

**NOTIZIE IN BREVE** 2, 13

**RECENSIONI** 3, 16, 21, 43, 55, 58

**FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE** 57, 60

**FeDerSerD/DALLE REGIONI** 43

**FeDerSerD/INFORMAZIONE** 58

# Mission

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



## 2012: sostenere la crescita professionale dei servizi e migliorare il sistema di intervento

Il 2011 è stato un anno complicato per l'insieme del Paese, e il nostro settore non si è discostato dalla criticità generale.

Il sistema di intervento ha fatto passi indietro in termini di risorse umane, progettuali, economiche.

Le azioni di governo sono state caratterizzate forse da intenzioni positive, ma distanti dalle necessità reali e con poche probabilità di risultare efficaci.

La conferenza delle Regioni ha rinunciato ad occuparsi di politiche di settore e le singole regioni hanno fatto a gara a disarticolare e depotenziare anche l'intervento dovuto per i Livelli Essenziali di Assistenza.

Una situazione disarmante che rischia seriamente di peggiorare la qualità dell'assistenza, resa già piuttosto precaria dalle politiche di tagli indifferenziati alla spesa sanitaria. Questa grave congiuntura indurrà ancora di più policy makers poco avveduti a cercare soluzioni semplificanti e riduttive con l'illusione di contenere i costi e dare razionalità ad un sistema di cura che in realtà pochi, fra coloro che prendono decisioni, conoscono davvero, e cosa ancora più grave evitano accuratamente di conoscere.

**FeDerSerD ha salutato il Governo del prof. Mario Monti in modo sobrio, auspicando attenzione al settore e chiedendo partecipazione nella definizione degli indirizzi e strategie del settore.**

- **Consumo di alcol ed incidenti in "montagna",**  
*di Rosa Maria Gaudio, Stefania Barbieri, Vincenzo Brunaldi, Cesare Bertocco, Francesco Maria Avato*
- **Manemos. Inventario di Situazioni a Rischio. Uno strumento per la Prevenzione della Ricaduta nel trattamento dell'Alcolismo**  
*di Ester Manera, Antonio Mosti*
- **I Giocatori sono come gli Alcolisti? Individuazione e trattamento del GAP in un Programma residenziale breve**  
*di Serena Vanini, Stefano Convento, Elisa Sgualdini, Ina Hinnenthal, Mauro Cibirin*

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno III, n. 9

# Mission

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

**FrancoAngeli**

**ANNO X, 2012 - N. 33**

**Fe Der Ser D**

**Proprietà: Fe Der Ser D**

**Sede legale**

Via Giotto 3, 20144 Milano

**Comitato di Direzione**

Giancarlo Ardissonne, Francesco Auriemma,  
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,  
Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,  
Francesco Castracane, Alessandro Coacci,  
Gianni Cordova, Edoardo Cozzolino, Antonio  
d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Francesco  
De Matteis, Adele Di Stefano, Donato  
Donnoli, Maurizio Dorsi, Guido Faillace,  
Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo  
Grande, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste,  
Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli, Ezio  
Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti,  
Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto  
Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,  
Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina  
Stanic, Giovanni Villani, Franco Zuin

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

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

**Sede operativa e Redazione Mission**

Via Mazzini 54,  
20060 Gessate (Mi), tel. 3356612717  
[misiondirezione@virgilio.it](mailto:misiondirezione@virgilio.it)

**Direttore responsabile:** Stefano Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

**Stampa:** Imagine & Arti Grafiche Colombo s.r.l.,  
Gessate (Mi)

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

Chiuso in redazione il 2/1/2012

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.000 copie

ISSN 2037-4798



Gli organi dirigenti della Federazione, sia a livello centrale, che delle Federazioni regionali, conoscono molto bene la realtà del sistema di intervento nella sua eterogeneità e differenziazione, con i suoi punti di eccellenza e di debolezza.

Sembrano chiare e comunque leggibili le linee di evoluzione dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza; tutti i sensori qualificati a livello europeo confermano la caratteristica strutturale nella nostra società dell'utilizzo di sostanze psicoattive o del sempre più frequente ricorso a comportamenti additivi.

Pur tenendo conto della miopia colpevole delle istituzioni e della politica che non colgono la necessità di porre come priorità il tema di una "politica sulla droga" per la salvaguardia della società civile e delle persone, c'è da chiedersi se noi operatori facciamo tutto il dovuto per andare nel senso giusto.

Forse la risposta è no!

Sia chiaro, questa esortazione è rivolta a chi nei Ser.T., nei Servizi alcolologici, nelle Comunità terapeutiche, nelle unità intermedie e di prossimità lavora e cerca di capire quello che fa.

Chi vive ancora speculando sul settore o rafforzando lo stigma sociale non troverà in FeDerSerD la minima attenzione.

Necessita un nuovo sforzo di idee e di proposte, necessita la volontà di mettersi ancora in gioco come molti di noi fecero trent'anni fa di fronte alle emergenze sanitarie e sociali di allora, necessita una revisione radicale dell'attuale sistema di intervento.

Si dice che il burn out sia elevato nei Servizi: è ovvio che lo sia in tutti i servizi alla persona, se offrono vere risposte e non pannicelli caldi!

Tra i passi indietro della politica, come va di moda dire, ci piacerebbe che ci fosse meno attenzione ad occupare pervicacemente posti di potere e maggiore riconoscimento di professionalità e meriti, di qualità delle cose fatte e misura dei risultati.

Certo sarà difficile raggiungere questi obiettivi se si chiudono gli osservatori delle dipendenze, come sta avvenendo in varie parti d'Italia, o si mortificano i Servizi, alterandone le caratteristiche cliniche a favore di inquietanti visioni pauperistiche e di marginalità che neanche trenta anni fa sarebbero state appropriate, figuriamo oggi.

Vorremmo anche che si imparasse ad ascoltare, cosa spesso predicata ma poco praticata in questo paese.

Noi andiamo avanti a fare la nostra parte: il 2012 FeDerSerD, società scientifica libera, garantirà in ogni suo evento pubblico (e si tratta di decine già programmati), una sessione di riflessione e confronto con tutti gli attori interessati alla salute dei cittadini, sul sistema di intervento e sui fondamentali cambiamenti che riteniamo necessari.

Intendiamo entro un anno promuovere una conferenza nazionale di proposte in tal senso.

E a questo sforzo accompagneremo una serie di progetti, studi e ricerche, nella certezza che la qualità del nostro lavoro sia la referenza migliore per essere credibili.

Tra questi il Progetto STAR, che si propone di realizzare su tutto il territorio nazionale, percorsi clinico terapeutici condivisi per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza. Utilizzando un ampio processo di *consensus* e un robusto impianto formativo sarà in grado di migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza degli interventi in Italia dando concretamente e fattivamente l'opportunità a molti professionisti di perfezionare le proprie competenze, e quindi ai servizi nel loro complesso di migliorare la qualità ed efficacia delle prestazioni.

## NOTIZIE IN BREVE

### Collaborazione tra FeDerSerD e SIMPSE

Dopo una serie di contatti è stata definita una collaborazione tra FeDerSerD e la Società Italiana di medicina e sanità penitenziaria.

Gli interessi comuni sono andati via via aumentando sia per gli interscambi legati alla situazione sanitaria nelle carceri, sia per l'impegno nella applicazione del decreto legislativo 230 sul territorio nazionale.

I delegati delle due Associazioni hanno iniziato a lavorare su un programma di corsi di formazione in ambito carcerario e a definire possibili aree progettuali.

Alfio Lucchini, Paola Emilia Cicerone



## OLTRE L'ECCESSO

Quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano una dipendenza

pp. 144, € 18,00  
Cod. 1411.67 (V)  
Collana: Self-help

Pensi di avere problemi con il gioco d'azzardo?

Credi che tuo figlio passi troppo tempo chattando su internet?

Sei ossessionato dalla cura del tuo corpo o dalle tue prestazioni sportive?

Pensi che tuo marito sacrifichi amici, famiglia e tempo libero per il lavoro?

Hai paura che sesso e shopping stiano diventando delle vere ossessioni?

Questo libro potrà esserti utile.

Qui troverai elencati "i campanelli di allarme" per capire se questi comportamenti solitamente normali, accettati e talvolta favoriti dalla società, stanno diventando un problema e forse una malattia.

Potrai valutarne le ricadute sulla vita quotidiana tua e dei tuoi familiari, ma anche capire come si sviluppano queste dipendenze, e soprattutto come curarsi e a chi rivolgersi.

Potrai inoltre approfondire gli aspetti che più ti interessano anche attraverso box ricchi di dati, curiosità e informazioni scientifiche e culturali.

Al volume hanno collaborato, con interviste e proponendo interessanti casi clinici, grandi esperti italiani in comportamenti di addiction: Roberta Biolcati, Giovanni Caputo, Daniele La Barbera, Gioacchino Lavanco, Felice Nava, Annalisa Pistuddi, Michele Sforza.

*Alfio Lucchini*, psichiatra, psicologo clinico e psicoterapeuta, dirige il dipartimento delle dipendenze della ASL Milano 2. Autore di decine di volumi scientifici, presidente nazionale di FeDerSerD, è tra i massimi esperti nel settore delle dipendenze patologiche.

*Paola Emilia Cicerone*, giornalista scientifica, collabora con *Le Scienze*, *L'Espresso*, *Mente&Cervello*, e altri periodici scientifici e di divulgazione.

### Indice del volume

Introduzione

Gambling. Gioco d'azzardo patologico

Internet Addiction

Sexual Addiction

Shopping Addiction

Sport Addiction

Work Addiction

Droghe e comportamenti di addiction, tra biologia e società. Intervista a Felice Nava

Per saperne di più: bibliografia e siti Web

Servizi pubblici a cui rivolgersi per cercare aiuto.

Per informazioni: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)

Il volume è acquistabile nelle maggiori librerie oppure online nel sito dell'editore o in quelli specializzati nella vendita dei libri (come IBS, Amazon, BOL, Feltrinelli...).

## MATE

*Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation*

## Valutazione delle variabili per la diagnosi e l'orientamento al trattamento nella dipendenza da sostanze

Giorgio Nespoli\*, Emanuele Bignamini\*\*

## SUMMARY

■ *This paper's goal is to present the development and structure of MATE and its directions for its practical use. MATE has been designed to be used in the ordinary clinical practice in order to evaluate patients and their own treatment collocation.*

*MATE is a tool to evaluate the patients' characteristics in the ordinary clinical practice in the substance use treatment. It is applicable psychometrically, it promotes knowledge exchange and helps with standardization of patients treatment choice and the procedure of treatment evaluation. MATE follows the biopsycosocial model by the World Health Organization (WHO) and implies the International Classification of Diseases (ICD) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).*

*In order to make MATE more universally applicable the ICD-10 and the ICF concepts have been adopted, especially the contextual factors that could be used to help or as cut-off for the patients recovery with the treatment.*

*MATE includes ten modules: 1 Pattern of the substance use; 2 substance dependence and abuse; 3 craving; 4 depression, anxiety and stress; 5 indicators for psychiatric or medical consultation; 6 personality disorders; 7 physical complaints and symptoms; 8 personal and social functioning-activities and participation, care and support needs; 9 environmental factors influencing recovery; 10 history of treatment for substance-use disorders. ■*

**Keywords:** *MATE, assessment, ICF, substance abuse treatment, treatment allocation, evaluation.*

**Parole chiave:** *MATE, assessment, ICF, trattamento dell'abuso di sostanze, differenziazione dei trattamenti, valutazione degli esiti.*

## 1. Introduzione

La valutazione dell'intervento nei servizi dedicati alla diagnosi, cura e riabilitazione di persone con problemi legati al consumo di sostanze psicoattive deve rispondere all'esigenza sempre più pressante nel panorama nazionale ed internazionale di disporre di metodologie e strumenti che supportino il lavoro di monitoraggio e verifica degli interventi, utili anche ai fini di rispondere a richieste istituzionali di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in un'ottica di offerta di servizi di qualità.

L'analisi dei problemi legati al consumo di sostanze psicoattive, pur rappresentando l'elemento critico al fine di attivare l'offerta di un'assistenza di qualità, rimane ancora oggi un aspetto caratterizzato da una discreta confusione metodologica e da una minima applicazione pratica. In particolar modo ciò vale per

l'attenzione posta alla messa a punto di sistemi di misura e valutazione del consumo individuale di sostanze psicoattive (con attenzione e riferimento alla popolazione generale dei consumatori), elemento cruciale per un'identificazione quali-quantitativa più precisa della corrispondente possibilità di una differenziazione del bisogno di cura: questo rappresenta un passaggio essenziale per la transizione dalla tradizionale assistenza con un set standard di prestazioni a una assistenza per percorsi critici e flessibili in base al tipo e alla priorità delle necessità di cura.

Lo sviluppo di competenza dei professionisti delle dipendenze sulla rilevazione e valutazione quali-quantitativa della dipendenza da sostanze costituisce infatti un elemento fondamentale per lo sviluppo della qualità dell'assistenza stessa, permettendo l'adozione di prassi terapeutiche e assistenziali che abbiano maggior coerenza con la necessità di cura della popolazione dipendente. La rilevazione quali-quantitativa, fornendo il parametro per la stima della tipologia e dell'intensità di cura da erogare, può rappresentare inoltre il punto d'inizio per la valutazione del carico di lavoro e del fabbisogno di risorse per ciascun servizio.

\* Responsabile Trattamento Diagnostico, Dipartimento Dipendenze 1 ASL Torino 2.

\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze 1 ASL Torino 2.

Al momento attuale, nella pratica clinica quotidiana dei Servizi notiamo una dicotomia: da un lato esiste un gran numero di strumenti di valutazione che vanno dalla intervista semistrutturata alle scale di valutazione standardizzate, dall'altra sono in uso una varietà di altri strumenti *self-made* magari pragmaticamente efficaci, ma molto raramente sistematici, difficilmente paragonabili tra di loro e quasi mai psicometricamente validati.

Questa dicotomia riflette una certa difficoltà a conciliare strumenti validati e operatività quotidiana.

Uno strumento che sembra rispondere in modo ottimale alle esigenze di completezza e di *formalizzazione esplicita* della diagnosi (validata, collegata a sistemi diagnostici internazionali, quantificabile) è il MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation). Questo strumento (o, meglio, insieme organico di strumenti) comprende ed amplia quanto si può ottenere dagli altri strumenti validati correntemente in uso, fornendo con un impiego vantaggioso di risorse, un quadro di valutazione articolato (dalla salute fisica agli aspetti di contesto, dai vincoli alle risorse), che consente di differenziare i pazienti e i loro problemi e di orientare verso il tipo di trattamento più indicato. La possibilità del re-test, inoltre, lo rende il MATE utilizzabile per la valutazione periodica degli esiti dei trattamenti, consentendo di applicare una sola tecnica per più scopi, ottimizzando il tempo degli operatori, il numero di strumenti utilizzati e, di conseguenza, le necessità di addestramento e l'abilità di applicazione degli addetti.

## 2. Gli strumenti per la valutazione delle variabili nei pazienti in trattamento

Il trattamento per dipendenza da sostanze riguarda un pubblico di persone molto eterogeneo per tipo e quantità di sostanze utilizzate, grado di dipendenza, eventuale comorbilità fisica e psichiatrica, limitazioni e risorse rispetto al funzionamento sociale e cognitivo e motivazione al cambiamento.

Una questione pertinente, quindi, riguarda quale trattamento deve essere previsto per ogni specifico paziente. La questione è rilevante indipendentemente dal fatto che i pazienti auto-selezionino il servizio (come spesso capita in Germania) o siano ammessi ad un centro regionale esteso e multi-servizio (per esempio nei Paesi Bassi). I pazienti si aspettano di essere informati sulle opzioni di trattamento, così come i finanziatori vogliono esserlo sull'organizzazione del sistema di trattamenti, che per essere ben gestito richiede un processo decisionale razionale, responsabile e trasparente.

La ricerca sul tema dell'assegnazione dei pazienti ai differenti trattamenti (il *triage*) è stata tuttavia piuttosto deludente (vedi, per esempio, i commenti sui risultati del Project Match, 1999).

Gastfriend (2004) ha sviluppato e valutato le linee guida per l'assegnazione ai trattamenti basata sui criteri della *American Society of Addiction Medicine* (ASAM).

Merkx *et al.* (2007) hanno valutato un algoritmo per l'assegnazione dei pazienti ai diversi livelli di cura basato su un approccio *mixed-matched stepped-care*. Quest'ultimo approccio è stato adottato nell'ambito di un programma nazionale di riforma nei Paesi Bassi, che Nabit, Schippers, e Buisman descrivono in SUCHT 55 (4) 209-218, 2009.

Altri strumenti sviluppati in Europa, compreso il *Maudsley Addiction Profile* (MAP; Marsden *et al.*, 1998) e lo *Psychosocial Resources-Oriented Diagnostic System* (PREDI; Küfner, Vogt & Indlekofer, 2000) presentano alcuni limiti, essendo stati sviluppati come interviste per valutare l'esito del trattamento, ma non per l'assegnazione dei pazienti ai trattamenti.

In realtà, l'unico strumento diffusamente utilizzato per il triage è l'*Addiction Severity Index* (ASI; McLellan *et al.*, 1992), anche nella sua versione europea Europ-ASI (Kokkevi & Hartgers, 1995), che però, anch'esso, non è del tutto soddisfacente (Broekman & Schippers, 2003. Vedi sotto).

### 2.1

L'ASI, che è stato sviluppato come uno strumento generale, ha fortemente stimolato una registrazione sistematica e standardizzata delle caratteristiche dei pazienti. Recentemente, tuttavia, lo strumento è stato criticato per numerose ragioni (Broekman, Schippers, Koeter & van den Brink, 2004; Mäkelä, 2004), tra cui il fatto che l'ASI è fondamentalmente una compilation ad hoc di aree problematiche e manca di basi teorico/concettuali. Si considera che lo strumento non consenta chiaramente la comparazione tra pazienti con caratteristiche simili ma con differenti generi di disturbi psicologici/psichiatrici. Ambiti quali le relazioni sociali, la cura di sé, l'occupazione e le attività illegali potrebbero essere meglio descritti utilizzando lo stesso linguaggio e gli stessi strumenti di valutazione utilizzati per popolazioni non tossicodipendenti.

Per l'aspetto psicometrico, l'ASI è complesso e il suo sistema di punteggio è problematico.

I livelli di gravità dati dall'intervistatore forniscono una sintesi di punteggio per ciascuno dei domini, ma i punteggi in sé non sono concettualmente chiari e risultano non affidabili. Come Mäkelä (2004) ha concluso, l'affermazione che l'ASI abbia dimostrato di essere uno strumento valido e affidabile non è completamente supportata.

Inoltre, la funzionalità clinica dell'ASI è limitata, perché include molti dettagli che i professionisti non considerano rilevanti e viceversa non ne contempla altri ritenuti fondamentali. L'ASI fornisce essenzialmente informazioni diagnostiche per disturbi da uso di sostanza e condizioni co-occorrenti, ma queste informazioni diagnostiche non sono orientate dal DSM-IV-TR. Per questo motivo, per esempio, non si può distinguere tra abuso e dipendenza e, quando vengono rilevate delle co-condizioni, non emerge se tali condizioni richiedano particolare attenzione. L'ASI, inoltre, non fornisce alcuna indicazione di gravità per quanto riguarda la gamma e la portata dei problemi correlati direttamente all'uso di sostanze (come, ad esempio, capita con gli items diagnostici del DSM-IV-TR necessari per porre diagnosi). Ancora, non considera il craving e i diversi aspetti neurobiologici dell'addiction.

L'ASI offre poche informazioni utili per la pianificazione del trattamento o per l'inquadramento in base alla ASAM PPC-2R (Hoffmann, N.G., 2009), che è il più utilizzato e completo insieme di linee guida per l'inserimento in trattamento di pazienti con dipendenza da sostanze. Pertanto, l'uso dell'ASI nei trattamenti di routine è stato limitato in alcuni Paesi europei tra i quali la Germania e i Paesi Bassi (Broekman *et al.*, 2004) e negli Stati Uniti (Marsden *et al.*, 2000). Dopo 25 anni di utilizzo, l'ASI può essere considerato come uno strumento di valutazione di prima generazione che ha molti crediti, ma anche limiti e carenze (McLellan *et al.*, 2006; Schippers, Broekman, Koeter, & Van den Brink, 2004).

## 3. Specifiche del MATE

In questo contesto, è stato sviluppato un nuovo strumento per valutare le caratteristiche dei pazienti nel trattamento da abuso di sostanze.

La riforma olandese dei servizi per il trattamento dell'abuso di sostanze (descritta in SUCHT 55 (4) 209-218, 2009, SPECIAL ISSUE), ha richiesto che tale strumento (a) rendesse possibile l'assegnazione dei pazienti al trattamento utilizzando un protocollo, (b) evidenziasse i risultati ottenuti e (c) consentisse la valutazione del trattamento (Carey, 2002; Carroll e Rounsaville, 2002).

Il MATE è stato sviluppato da Gerard Schippers dell'Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), da Theo Broekman (Bureau Berta, Nijmegen) e da Angela Buchholz (Westfälischen Wilhelms-Universität Münster).

È stato successivamente tradotto in tedesco da Angela Buchholz in collaborazione con l'Institut für Therapieforschung (IFT) di Monaco di Baviera (i risultati di una valutazione del MATE con pazienti tedeschi sono presentati in SUCHT 55 (4) 209-218, 2009, SPECIAL ISSUE) e in inglese da Miles Cox (Psychology of Addictive Behaviours, Bangor University, UK).

Sono in preparazione le traduzioni italiana, spagnola e portoghese dello strumento.

La traduzione italiana sarà a cura di Giorgio Nespoli e Emanuele Bignamini per FEDERSERD.

Il MATE (Schippers, Broekman, & Buchholz, 2007) è stato concepito come uno strumento di uso corrente per le agenzie che si occupano di abuso di sostanze per la valutazione iniziale e il follow-up del trattamento. È stato sviluppato con quattro principali obiettivi: (a) evitare la creazione di nuovi strumenti quando strumenti validati e funzionali erano già disponibili, (b) minimizzare l'onere della somministrazione a carico del personale per la valutazione, (c) elaborare un modello flessibile che potesse cogliere le esigenze di utenti diversi e (d) essere in grado di mettere in relazione i dati clinici riguardanti gli abusatori di sostanze con quelli di altri ambiti clinici.

Di conseguenza, il MATE è stato sviluppato come una completa (ma facilmente modificabile) serie di moduli che include anche strumenti già esistenti, ben sviluppati e ben accettati, per la misurazione delle caratteristiche che sono richieste per l'assegnazione dei pazienti al trattamento (triage per il livello di cura) e per la valutazione degli esiti. Questi moduli considerano uso di sostanze e dipendenza, comorbidità fisica e psichiatrica, limitazioni e compensazioni del funzionamento sociale (De Wildt *et al.*, 2002). Le specifiche che hanno guidato la costruzione dello strumento, in breve, sono le seguenti: il MATE dovrebbe:

- essere basato su un chiaro quadro concettuale;
- promuovere lo scambio di informazioni e essere composto dai migliori strumenti disponibili;
- essere adatto per l'allocatione dei pazienti al corretto livello e intensità di trattamento e per la valutazione del trattamento;
- essere accettabile per i pazienti. Il MATE è relativamente breve (la valutazione dura meno di un'ora, con la quale si ottiene un quadro diagnostico completo) e pone domande relativamente semplici su argomenti di facile comprensione;
- valutare sia le limitazioni che le risorse dei pazienti;
- avere una buona validità e un accettabile contenuto;
- avere una buona affidabilità;
- essere di dominio pubblico.

#### **4. Quadro concettuale: adozione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) e del Funzionamento (ICF) dell'OMS**

Nello sviluppo del MATE, come cornice concettuale è stata adottata la prospettiva dell'OMS sulle malattie e sul livello di

funzionamento. Nella famiglia delle classificazioni internazionali dell'OMS, le condizioni di salute (per esempio malattie, disturbi, lesioni) sono classificate principalmente nell'ICD (ICD-10; Organizzazione Mondiale della Sanità, 1994). Il Funzionamento e la Disabilità associate alle condizioni di salute sono compresi nella Classificazione Internazionale Complementare del Funzionamento (ICF, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001). Per la misurazione di uso, abuso e dipendenza da sostanze, quindi, il MATE segue il quadro concettuale dell'ICD-10, mentre per la misura delle limitazioni nel funzionamento e dei fattori di contesto, segue il quadro di riferimento dell'ICF.

L'ICF è concettualmente ancorata al modello biopsicosociale di salute. In questo modello, funzionamento e salute sono associati, ma non come semplice conseguenza di una condizione o di una malattia (Stucki *et al.*, 2002). L'ICF fornisce un linguaggio standard e un quadro di riferimento per la descrizione della salute e degli stati correlati alla salute. Questo quadro è progettato per essere utilizzato in più settori che, oltre alle cure sanitarie, comprendono la ricerca, l'istruzione, le assicurazioni, l'occupazione, la sanità e la politica per i disabili, le statistiche, eccetera. L'ICF comprende tutti gli aspetti della salute umana e le componenti del benessere correlate alla salute e le raggruppa sistematicamente: oltre alle funzioni dei pazienti, l'ICF classifica i fattori contestuali che influenzano il loro funzionamento, come le loro attività e la loro grado di partecipazione nella società.

La condizione funzionale è spesso un migliore indicatore di bisogno di cure e di risultato di quanto possa esserlo la diagnosi da sola (Reedet *et al.*, 2005). Insieme, l'ICD e l'ICF sono paragonabili al sistema a cinque assi del DSM-IV.

I vantaggi dell'utilizzo dell'ICF consistono nell'avere a disposizione un linguaggio comune agli strumenti di misura già esistenti, che in questo modo possono essere collegati, e facilitare la comunicazione circa le valutazioni e risultati in termini universalmente comprensibili.

Seguendo un quadro di riferimento generale che viene utilizzato per la salute e l'assistenza sanitaria, i servizi di trattamento della dipendenza diventano compatibili con altri servizi sanitari, facilitando l'integrazione dei trattamenti della dipendenza nei servizi sanitari generali.

Inoltre, la cornice di riferimento comune che l'ICF utilizza, facilita la rilevazione dei punti di forza e delle compensazioni di una persona e non solo delle sue limitazioni. Ancora, consente la comparazione del punto di vista soggettivo della persona con il punto di vista dell'intervistatore durante la valutazione del funzionamento della persona. Questa funzione può contribuire a migliorare la comunicazione e può contribuire al rafforzamento della persona valutata.

Per quanto riguarda la valutazione delle limitazioni nelle attività e nella partecipazione, l'ICF distingue tra prestazioni e capacità. Le prestazioni sono definite come l'esecuzione di compiti nell'ambiente attuale (vale a dire quello che una persona fa), mentre la capacità si caratterizza come l'esecuzione di attività in un ambiente standard (vale a dire ciò che una persona può fare).

Nel MATE, viene preferita la valutazione della performance perché la si considera più rilevante per il triage e la valutazione di quanto non lo sia la capacità.

Nell'ICF, i fattori ambientali sono riferiti all'ambiente fisico e sociale delle persone, per esempio supporto e relazioni, atteggiamenti, servizi, sistemi, e politiche. I fattori ambientali possono essere barriere o facilitatori, e possono aiutare una persona a superare le menomazioni.

La stessa ICF è un sistema di classificazione, ma i suoi contenuti non sono sufficientemente operazionalizzati da fornire una

valutazione affidabile e valida della salute. Per ottenere una valutazione psicometricamente corretta del funzionamento secondo l'ICF, l'OMS incoraggia lo sviluppo di nuovi strumenti che siano concettualmente basati sull'ICF o che colleghino il contenuto delle misure sanitarie esistenti alla classificazione dell'ICF. Non essendo stato possibile identificare nessuno strumento di valutazione esistente utilizzabile a questo scopo, è stato inserito un nuovo strumento da utilizzare per questa parte del MATE.

## 5. Sviluppo del MATE

In accordo con le specifiche descritte nella sezione precedente, il MATE versione 1.0 è stato sviluppato da un comitato direttivo guida di ricercatori e operatori sanitari. Questa versione del MATE è stata testata sul campo presso TACTUS, un centro regionale di grandi dimensioni per il trattamento dell'abuso da sostanze nei Paesi Bassi. Durante una valutazione di routine in ingresso al centro, il MATE è stato somministrato ai pazienti di nuova ammissione (N = 945).

Inoltre, un test sul campo è stato condotto con tossicodipendenti a lungo termine, che hanno partecipato alla *Amsterdam Cohort Studies of drug users* (Buchholz, 2008).

Sulla base della valutazione olandese (Schippers & Broekman, 2007), è stato concluso che il MATE era del tutto accettabile per l'uso nella pratica di routine in un centro regionale di grandi dimensioni per il trattamento dell'abuso da sostanze: il tempo di somministrazione è stato ragionevole e, in entrambi gli studi, la struttura dimensionale e la validità risultavano adeguati.

Tuttavia, l'affidabilità test-retest di valutatori diversi nella prima versione non è risultata eccellente per una parte del MATE, il MATE ICF - Elementi di Base e Bisogni di Cura (MATE-ICN). Questi risultati hanno portato ad una revisione della MATE (MATE 2.01), mirata a migliorare l'affidabilità nella somministrazione da parte di differenti valutatori.

Il protocollo di valutazione MATE comprende le istruzioni complete per l'intervistatore, tra cui descrizioni, consigli e suggerimenti per ogni sezione. Sulla base dell'esperienza di somministrazione del MATE e sui rapporti di membri esperti del personale che si occupa della valutazione in ingresso nei diversi centri di trattamento, sono stati formulati dei riferimenti per ciascuno degli elementi. È stato inoltre messo a punto un sistema di addestramento standardizzato all'uso del MATE (Buchholz, Schippers, & Broekman, 2008).

## 6. Struttura del MATE

Lo scopo del MATE è quello di rendere possibile, nel modo più conciso e completo possibile, la compilazione di tutte quelle informazioni sulla persona che potrebbero essere rilevanti per la sua ammissione al trattamento e l'impostazione di un programma adeguato.

Il MATE, per essere funzionale nei servizi di trattamento per abuso di sostanza e coerente con il sistema di classificazione ICD/ICF, esplora i seguenti ambiti:

- disturbi legati alla Sostanza;
- comorbilità fisica e psichiatrica;
- funzionamento personale e sociale;
- storia del trattamento del paziente.

Per la misura di questi ambiti (domain), il MATE comprende dieci moduli (module) di cui otto schede di intervista (M 1-8) e

due questionari autosomministrati (Q 1, 2) (vedi Table 1: Structure and scoring of the MATE).

### Uso di sostanze: Quantità, Frequenza e Variabilità

Il Modulo 1, che è condotto come un'intervista, valuta l'uso di sostanze psicoattive della persona, sia nel recente passato che durante tutta la vita. L'intervista riguarda ognuna delle sostanze incluse nel CIDI (*ICD-based Composite Index Diagnostica Inventory*, OMS, 1997), Versione 2.1. Le stesse domande sono poste rispetto al gioco d'azzardo.

Queste domande vengono poste sia per determinare la gravità della dipendenza, necessaria per determinare il livello di attenzione e il bisogno in termini di trattamento, sia per misurare i cambiamenti nell'uso attraverso il tempo.

### Abuso e Dipendenza da sostanze

Una diagnosi di abuso o di dipendenza da sostanze stupefacenti è effettuata sulla base del colloquio condotto come indicato nel Modulo 4. Le domande di questo modulo sono state ricavate dalla sezione "alcol e droghe" della versione 2.1 del CIDI e soddisfano i criteri del DSM-IV.

Un intervistatore che è stato addestrato a condurre il CIDI può arrivare a una diagnosi di abuso o di dipendenza di sostanze utilizzando il set di domande standardizzate.

La diagnosi è importante sia per ottenere l'accesso al trattamento per abuso di sostanze da parte della persona che lo richiede sia per la determinazione della gravità della dipendenza. Per quest'ultimo scopo, il MATE segue Langenbucher et al. (2004) che suggerisce differenti livelli di gravità calcolando un punteggio complessivo di un sottoinsieme di criteri del DSM-IV.

### Craving

Il Modulo Q1 include l'*Obsessive-Compulsive Drinking Scale* (OCDS; Anton et al., 1996), lo strumento più diffusamente utilizzato e valutato per la misura del *craving*. È stata dimostrata la validità dell'OCDS anche per l'abuso di droga (Franken et al., 2002). Seguendo i suggerimenti di DeWildt et al. (2005) è stata utilizzata nel MATE una versione sintetica a 5 item del questionario.

Conoscere il livello del craving della persona aiuta l'intervistatore a determinare la gravità della sua dipendenza.

I risultati dell'OCDS sono importanti ai fini del triage, in particolare per decidere se prescrivere o meno un farmaco per controllare la compulsione.

### Depressione, ansia e stress

Nel modulo Q2, i sintomi della depressione, dell'ansia e dello stress sono valutati con una breve versione a 21 item della *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995a, b). I punteggi DASS vengono utilizzati per identificare la comorbilità psichiatrica, che sono importanti per decidere il livello di cura di cui la persona ha bisogno. Il DAS può essere utilizzato anche per valutare i cambiamenti dei sintomi nel tempo.

### Personalità

Nel Modulo 6, la SAPAS (Standardized Assessment of Personality Abbreviated Scale. Moran et al., 2003) è utilizzata per aiutare l'intervistatore a determinare la presenza di un eventuale disturbo di personalità. Avendo a disposizione solo otto domande a risposta "sì/no", la valutazione fornisce esclusivamente una indicazione della possibilità o meno che la persona abbia un disturbo di personalità. Tuttavia, i risultati possono essere usati per decidere il

Table 1 - Structure and scoring of the MATE

Classification system	Domain	Concept	Instrument	Time frame	Type	Module number and name	Scores	Range
ICD/ DSM	Substance-related disorders	Use	Use grid: Past 30 days: No of days used and amount used on a typical day of use/ Lifetime: number of years of regular use	30 days	Interview	M1. Substance use: quantity, frequency, and variability	No MATE-score defined, used in dimension score for triage algorithm	
		Dependence and abuse	ICD/DSM-criteria (CIDI)	12 months	Literal interview	M4. Substance dependence and abuse	Dependence [S4.1] Abuse [S4.2] Severity of dependence/abuse [S4.3]	0-7 0-4 0-9
		Craving	OCDS: Obsessive-Compulsive Drinking (and drug use) Scale	7 days	Self-report questionnaire	Q.1. Craving	Craving [SQ1.1]	0-20
Psychiatric comorbidity	Anxiety and depression		DASS: Depression Anxiety Stress Scales	7 days	Self-report questionnaire	Q.2. Depression, anxiety, and stress	Depression [SQ2.1] Anxiety [SQ2.2] Stress [SQ2.3] Depression Anxiety Stress - Total [SQ2.4]	0-42 0-42 0-42 0-126
		Psychotic symptoms and suicidality	MATE-interview Module 2	30 days	Interview	M2. Indicators for psychiatric or medical consultation	Characteristics of psychiatric comorbidity [S2.3]	0-5
		Current psychiatric treatment		Present, 12 months			Undergoing psychiatric or psychological treatment [S2.2]	0-2
Physical comorbidity	Physical complaints, symptoms		SAPAS: Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale	Usually, generally	Literal interview	M6. Personality	Personality [S6.1]	0-8
		Health condition and diseases	MAP-HSS: Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale	30 days	Literal interview	M5. Physical complaints	Physical complaints [S5.1]	0-40
			MATE-interview Module 2	Present	Interview	M2. Indicators for psychiatric or medical consultation	Characteristics of physical comorbidity [S2.1]	0-4
ICF	Personal and social functioning	Activities and participation; care and support, subjective and objective needs	MATE-ICN: ICF core set and need for care	30 days	Interview	M7. Activities and participation; care and support (MATE-ICN)	Limitations - Total [S7.1] Limitations - Basic [S7.2] Limitations - Relationships [S7.3] Care and support [S7.4]	0-76 0-32 0-20 0-32
		Environmental factors influencing recovery, subjective and objective needs				M8. Environmental factors influencing recovery (MATE-ICN)	Positive external influences [S8.1] Negative external influences [S8.2]	0-12 0-20
						Total M7 and M8	Need for care [S8.3]	0-20
No system	Treatment History	Number of treatments that focused on addictive behaviours conducted by a professional	MATE-interview Module 3	5 years	Interview	M3. History of treatment for substance-use disorders	No MATE-score defined, used in dimension score for triage algorithm	

\* For convenience, the modules in the instrument are presented in a somewhat different order.

tipo di trattamento al quale la persona dovrebbe essere sottoposta, nonché la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici.

#### Indicatori per la necessità di consultazioni psichiatriche o mediche

Lo scopo dell'intervista a 14 item del Modulo 2 è quello di determinare se è indicato un ulteriore approfondimento diagnostico o

trattamento medico o psichiatrico. La necessità di una consultazione medica è determinata in relazione a: (a) assunzione di farmaci per un disturbo di dipendenza, (b) assunzione di farmaci per una qualche condizione fisica, (c) la presenza di sintomi che potrebbero essere associati ad un grave disturbo, (d) sintomi di intossicazione o gravi sintomi di astinenza, (e) gravidanza in atto. Altre informazioni che sono rilevanti per una visita medica

specifica aggiuntiva possono essere identificate con il Modulo 5. Il Modulo 5 utilizza il MAP-HSS (*Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale*, Marsden *et al.*, 1998) per ottenere un indice dei disturbi fisici della persona. Utilizzando un formato a scelta multipla, l'intervistato indica in quale grado in cui sta sperimentando ciascuno dei dieci sintomi fisici. Lo scopo principale di queste domande è quello di monitorare i cambiamenti dei sintomi nel tempo.

La necessità di una consulenza psichiatrica o psicologica è determinata dal fatto che la persona (1) sia o sia stata recentemente sottoposta a trattamento psichiatrico o psicologico, (2) assuma farmaci per un disturbo psichiatrico, e (3) abbia tendenze suicide o siano in atto sintomi psicotici. I disturbi psicotici e altri disturbi psichiatrici capitano relativamente di rado, tuttavia i sintomi evidenti (a cui il MATE si limita) non devono passare inosservati.

Sia i disturbi da stress e ansia e altri disturbi legati all'umore sia i disturbi della personalità sono relativamente diffusi tra le persone che sono alla ricerca di trattamenti per abuso di sostanze, e questi disturbi richiedono naturalmente una valutazione più completa. Pertanto, essi sono valutati separatamente nel modulo Q2 e nel Modulo 6.

#### **Attività e Partecipazione. Cura e Sostegno (MATE-ICN)**

I-MATE ICN è la sezione in cui il valutatore (a) determina l'estensione delle limitazioni nelle attività e nella partecipazione, (b) individua i fattori ambientali che influenzano il funzionamento di una persona, (c) determina il bisogno di cure che deriva dalle limitazioni nella partecipazione e dalla mancanza di supporto. Questa sezione può essere utilizzata non solo per le persone tossicodipendenti, ma anche per le persone con altri tipi di disturbo psicologico.

Il MATE-ICN viene utilizzato per determinare il grado di instabilità sociale della persona, rilevante per le decisioni di triage circa il livello di cura e il tipo di supporto che devono essere fornite per superare il deficit. Il supporto potrebbe includere trattamenti residenziali, trattamenti ambulatoriali, reinserimento sociale o *skills training*.

Il MATE-ICN può essere utilizzato anche per valutare i cambiamenti del funzionamento nel tempo.

Esso considera solo un sottoinsieme di categorie (Elementi di base), che sono stati selezionati in ordine alla loro rilevanza per le persone che potrebbero avere dei problemi psicologici cronici. Il primo dei due moduli del MATE-ICN (Modulo 7) consta di 19 categorie selezionate dalla parte di ICF relativa alle Attività e Partecipazione.

La selezione è stata fatta con l'aiuto di un gruppo di esperti e professionisti. Per ognuno di questi ambiti, il MATE-ICN valuta:

- il grado di limitazione delle attività e della partecipazione della persona (in un range da *per niente a completamente*);
- la quantità di sostegno che viene fornito alla persona (da *nessuno a molto*);
- se l'intervistatore pensa o meno che la persona abbia bisogno di (ulteriore) cura;
- se la persona stessa pensa o meno di aver bisogno (aggiuntivo) di cura;
- se l'agenzia di trattamento in questione è (oppure non è) disposta e in grado di fornire la cura che è necessaria.

#### **I fattori ambientali che influenzano il recupero (MATE-ICN)**

La seconda parte del ICN MATE-ICN (Modulo 8) si struttura su quattro elementi selezionati dalle componenti ICF relative ai Fattori ambientali; questi fattori potrebbero sia facilitare sia

interferire con il funzionamento della persona in ciascuno degli ambiti.

I fattori sono: le persone dell'ambiente circostante (soprattutto se la persona ha subito una perdita), gli atteggiamenti sociali, le questioni legali e fattori altri. Per ciascuno di questi fattori, il MATE- ICN valuta:

- la misura in cui il fattore ha un effetto positivo o negativo (che vanno da *nessuno a molto*). La natura dell'effetto deve essere chiarita;
- se l'intervistatore pensa o meno che la persona abbia bisogno di (ulteriore) cura;
- se la persona stessa pensa o meno di aver bisogno (aggiuntivo) di cura;
- se l'agenzia di trattamento in questione è (oppure non è) disposta e in grado di fornire la cura che è necessaria.

#### **Storia del Trattamento per i Disturbi da Consumo di sostanze**

Il Modulo 3 è usato per rilevare il numero di volte che la persona ha seguito trattamenti ambulatoriali o ricoveri e inserimenti in strutture specialistiche nei precedenti cinque anni.

In questo contesto il trattamento è considerato tale se dispensato da un professionista e se il contratto prevede il cambiamento nel consumo di sostanze. I dati così ottenuti sono importanti ai fini del *triage* e per la determinazione del livello di cura che la persona deve ricevere nel contesto di un approccio *stepped-care* (Schippers *et al.*, 2002;. Sobell & Sobell, 2000).

## **7. L'utilizzo del MATE**

#### **I punteggi del MATE**

Il MATE fornisce 20 punteggi, derivati dagli strumenti originali oppure ideati dagli autori del MATE. L'utilizzo dei punteggi può essere regolato in base alle esigenze personali e istituzionali. Il manuale di istruzioni del MATE (Schippers, Broekman & Buchholz, 2007) presenta una serie di opzioni per l'utilizzo dei punteggi (vedi tabella 2).

#### **Decisioni rispetto alla cura**

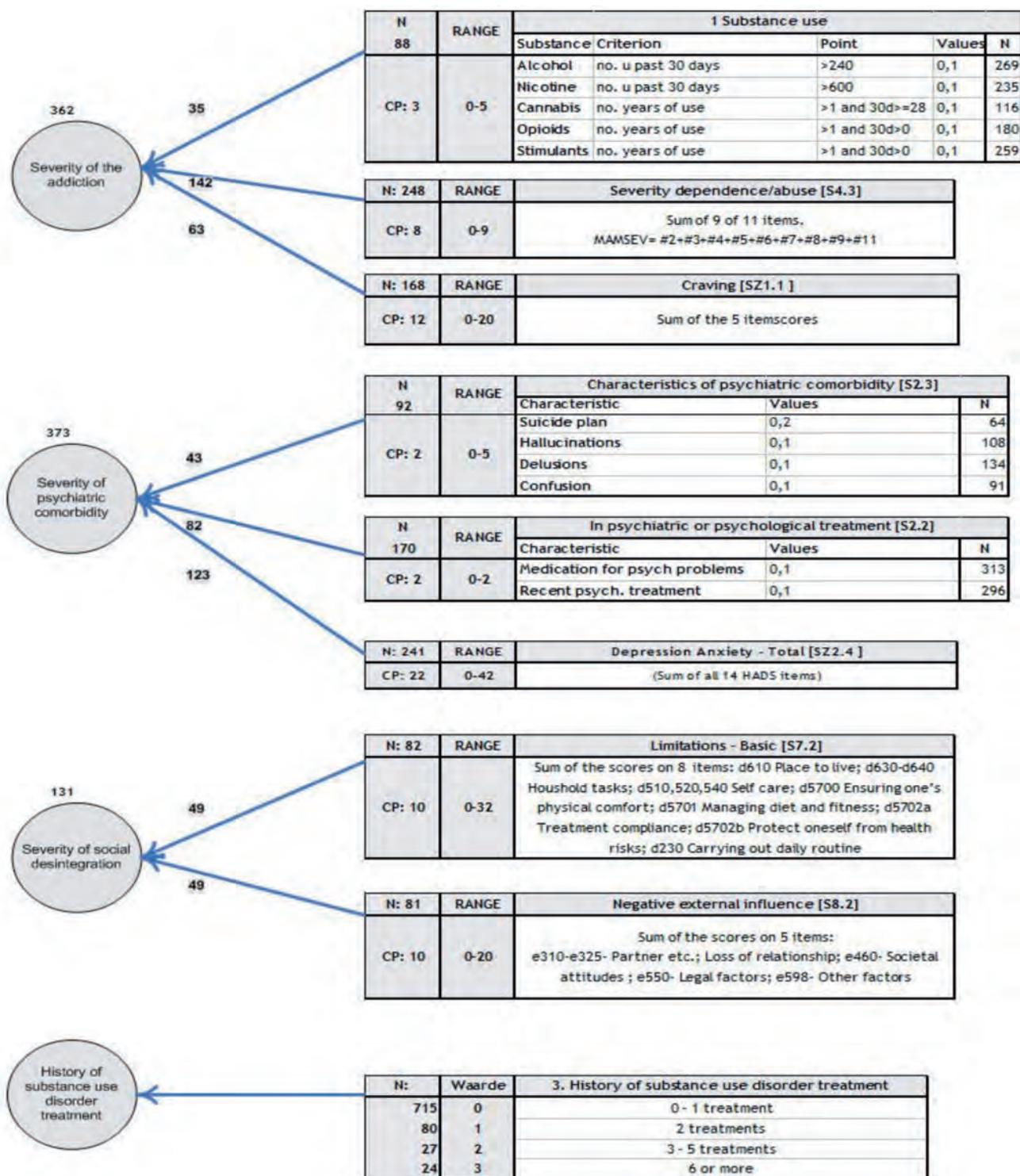
Il MATE è stato progettato per suggerire opzioni di trattamento lungo tutto l'arco del trattamento da abuso di sostanze, dalle cure iniziali e primarie a quelle integrate, quali la riabilitazione sociale, la psicoterapia, lo *skills training*, il sostegno alla cura di sé, le relazioni sociali, il lavoro, la gestione economica, o altre forme di assistenza.

Le opzioni offerte dipenderanno, naturalmente, dalle possibilità presenti nella condizione particolare e da quanto queste risulteranno desiderabili per il paziente. Le agenzie di trattamento (i fornitori di servizi) utilizzando il MATE possono abbinare facilmente i punteggi MATE di una persona allo spettro di servizi che sono in grado di offrire.

#### **Consultazione medica o psichiatrica**

Il MATE è stato strutturato in modo tale da fornire assistenza ai professionisti durante la valutazione iniziale del trattamento circa il prendere decisioni per indirizzare o meno i pazienti per una consulenza medica o psichiatrica /psicologica. L'approfondimento medico può essere indicato dai punteggi MATE relativi alla comorbilità fisica e dalle informazioni sulle terapie farmacologiche in atto. Il punteggio sul *craving* potrebbe essere utile per decidere se dovrebbero essere prescritti dei farmaci per il controllo della compulsione. L'indicazione per una consulenza psichiatrica/psicologica potrebbe essere basata sui punteggi MATE sulla comorbilità psichiatrica.

Tab. 2 - Esempio di calcolo del punteggio per il triage



### Assegnazione al livello di Cura

Nonostante il numero impressionante e la varietà di interventi psicoterapeutici e farmacologici efficaci a disposizione per i disturbi da dipendenza, ci sono poche dimostrazioni su come i pazienti possano essere abbinati ai trattamenti appropriati. Data la relativa mancanza di base empirica rispetto ai criteri di corrispondenza, sembrerebbe giustificato adottare un approccio pragmatico nell'abbinamento dei pazienti ai corrispondenti e adeguati livelli di cura, utilizzando lo *stepped-care approach* (Sobell & Sobell, 2000). Secondo questo approccio, l'intervento che inizialmente si è scelto per un paziente deve essere (a) coe-

rente con l'evidenza empirica e sostenuto dal giudizio clinico, (b) il meno restrittivo possibile dello stile di vita del paziente, (c) pensato per avere una ragionevole possibilità di essere efficace, (d) efficiente, (e) effettivamente disponibile tra le attuali risorse di trattamento. Interventi più complessi o intensivi sono forniti solo ai pazienti che hanno problemi più gravi o che non rispondono al trattamento iniziale.

Il MATE è stato progettato per supportare le decisioni di *triage* circa il livello di cura (per esempio l'intensità del trattamento) e permette di utilizzare un protocollo per l'accesso iniziale dei pazienti ai servizi di cura che è stato sviluppato nei Paesi Bassi

attraverso un programma nazionale di garanzia di qualità (DeWildt *et al.*, 2002) e che Merkx *et al.* (2007) hanno valutato. Il protocollo prevede un *albero decisionale* per indirizzare i pazienti ai diversi livelli di cura per il trattamento di sostanze stupefacenti che si basa su tre dimensioni delle difficoltà della persona, cioè la gravità della dipendenza, la limitazione psichiatrica e l'instabilità sociale.

Poiché la decisione di *triage* è basata sullo *stepped-care approach*, è importante conoscere anche il numero di *episodi di trattamento* che la persona ha avuto nel recente passato. Un *episodio di trattamento* può essere una o più sedute o visite ambulatoriali o aver trascorso un giorno o più di un giorno in trattamento presso una struttura residenziale. Non è necessario che il trattamento sia stato completato.

L'*albero decisionale* viene utilizzato per indirizzare il paziente ad uno dei quattro livelli di cura, a seconda del numero di precedenti trattamenti per abuso di sostanza e se i punteggi sulla Gravità della Dipendenza, la Limitazione psichiatrica e l'Instabilità sociali sono elevati.

I quattro livelli sono:

- trattamento ambulatoriale breve;
- trattamento ambulatoriale standard;
- trattamento residenziale o semiresidenziali;
- cura a lungo termine.

I Punteggi del MATE possono essere utilizzati per i calcoli necessari per i livelli dell'*albero decisionale*. DeWildt *et al.* (2002) ha suggerito l'algoritmo per l'*albero decisionale*, che può essere trovato in Merkx *et al.* (2007). Il MATE è stato messo alla prova, con esito positivo, applicando questo algoritmo ad un campione numeroso, rappresentativo della popolazione, che aveva avuto una valutazione presso un centro di trattamento per abuso di sostanze nei Paesi Bassi (Schippers *et al.*, 2007).

### Monitoraggio e valutazione

Il secondo obiettivo principale del MATE è quello di facilitare il monitoraggio e la valutazione del trattamento. Il MATE è stato sviluppato in modo che possano essere raccolte informazioni sulla cura che viene effettuata e che le decisioni sul trattamento possano essere prese sia durante che dopo il suo avvio. Ai fini del monitoraggio e della valutazione è particolarmente importante da considerare le seguenti informazioni, elementi sensibili al cambiamento e clinicamente rilevanti del MATE:

#### 1. Uso di sostanze psicoattive

Informazioni sull'uso di ogni sostanza (quantità, frequenza, le modalità e i modelli di consumo, possono essere rilevati direttamente dal Modulo 1).

#### 2. I sintomi fisici

Il punteggio dei Disturbi Fisici è particolarmente rilevante.

#### 3. Craving per le sostanze psicoattive

Il punteggio del *craving* può essere utilizzato per giudicare l'impulso verso l'utilizzo di sostanze.

#### 4. Ansia, depressione e stress

I punteggi sulla Depressione, l'Ansia e lo Stress possono essere utilizzati per giudicare il livello di stress psicologico.

#### 5. Limitazioni nelle attività e nella partecipazione

Oltre ai risultati che si riferiscono agli ambiti e ai fattori individuali, i punteggi sulle Limitazioni Totali, le Limitazioni di Base e le Limitazioni Relazionali sono particolarmente utili per misurare il grado in cui la persona è inabile.

#### 6. Influenze ambientali sul recupero

Oltre ai risultati che si riferiscono agli ambiti e ai fattori individuali, i punteggi delle Influenze Esterne Positive e delle Influenze Esterne Negative sono particolarmente utili per l'identifica-

zione dei fattori esterni che influenzano il recupero della persona.

### 7. Cura e Sostegno forniti

Oltre alle informazioni circa la Cura e il Sostegno relativi agli ambiti individuali, il punteggio di Cura e Sostegno è particolarmente rilevante per la comprensione del livello di assistenza che la persona sta ricevendo.

### 8. Necessità di Cura

In aggiunta alle informazioni agli ambiti e ai fattori individuali sul bisogno di cura della persona, il punteggio Necessità di Cura è utile per decidere circa la cura di cui la persona ha bisogno.

## 8. Futuro del MATE

Il MATE versione 2.01 è stato completato e lanciato nel 2007. I miglioramenti descritti in precedenza sono stati implementati, ed è stato aggiunto un'area al MATE-ICN (Rapporti con i bambini).

La scala HADS (usata per lo screening per l'ansia e la depressione) è stata sostituita con la DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*) perché la HADS non era di dominio pubblico. Sono stati anche praticati vari altri adattamenti minori.

È stato pubblicato un Manuale MATE dettagliato, che comprende un protocollo per la valutazione e le istruzioni per calcolare i punteggi e molti suggerimenti per la loro utilizzazione (Schippers *et al.*, 2007). È stato anche predisposto un Manuale MATE di Formazione (Buchholz *et al.*, 2008).

Per il ruolo importante che il trattamento dell'abuso da sostanze gioca nella riabilitazione di coloro che trasgrediscono la legge, è stato sviluppato e aggiunto al MATE un modulo appositamente creato per l'uso nel sistema penale. I-MATE Crimi è costituito dal MATE più un modulo aggiuntivo chiamato NEXUS, che valuta interrelazioni tra il comportamento criminale e quello legato all'abuso di sostanze.

I-MATE Crimi include anche un modulo per la valutazione della motivazione al trattamento dei pazienti che è particolarmente importante da misurare tra gli abusatori di sostanze che non chiedono un trattamento. Diversi strumenti sono disponibili per la sua misurazione: il MATE ha selezionato la *Texas Christian University Motivation scales* (Simpson & Joe, 1993), perché più degli altri strumenti è stata progettata per misurare la motivazione dei pazienti prima del loro ingresso in trattamento. Dopo la fase di messa a punto (Broekman *et al.*, 2006), l'uso del MATE-Crimi e il modulo per la Motivazione al Cambiamento in ambito correzionale sono in corso di valutazione in uno studio finanziato dal Ministero della Giustizia olandese.

Ai fini della valutazione, è stato prodotto il MATE-*Outcomes*, ed è stato sviluppato il *Monitor MATE* (per la valutazione continuativa durante il trattamento).

In futuro verrà sviluppata una versione del MATE specificamente per i giovani.

Tutti i materiali MATE sono di dominio pubblico e possono essere ottenuti attraverso [www.mateinfo.eu](http://www.mateinfo.eu). Sono disponibili, inoltre, le versioni elettroniche, anche se non sono gratuite. Queste possono essere utilizzate da sole o comprendere un più ampio sistema di gestione elettronica dei dati del paziente.

Infine, il MATE è ora disponibile in quattro lingue: olandese, inglese, tedesco e spagnolo.

Sono in preparazione le traduzioni in altre lingue, tra le quali la versione in italiano a cura di Giorgio Nespoli ed Emanuele Bignamini per FeDerSerD.

## 9. Conclusioni

Il Mate si propone come uno strumento diagnostico articolato, validato, utilizzabile per una valutazione quali-quantitativa multiassiale del paziente con dipendenza da sostanze e per l'orientamento all'adeguato tipo e livello di trattamento. È utilizzabile, anche, per il monitoraggio e la valutazione dei trattamenti.

Il suo impiego clinico non è gravoso dal punto di vista del tempo dell'operatore ed anzi costituisce un investimento che migliora la qualità dell'assistenza e l'impiego delle risorse. Utilizzando strumenti standardizzati e riferiti a sistemi diagnostici internazionali già di grande diffusione, consente lo sviluppo di un linguaggio comune tra specialisti e tra centri di assistenza e lo sviluppo di lavori di benchmarking.

Si rivela utile anche per la comunicazione con gli allocatori di risorse e con i manager.

La sua versione informatizzata consente una gestione agevole e accurata del singolo paziente, oltre a consentire lo sviluppo di estrapolazioni epidemiologiche.

La sua sperimentazione in Italia costituisce un punto di grande interesse, che può offrire alla vasta rete dei Servizi per le Dipendenze nazionali stimoli e risposte interessanti ai problemi critici della standardizzazione della diagnosi, alla differenziazione dei trattamenti e alla valutazione degli esiti.

## Bibliografia

- Anton R.F., Moak D.H., Latham P.K. (1996), "The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies", *Archives of General Psychiatry*, 53: 225-231.
- Broekman T.G., Schippers G.M. (2003), *Specifications for the measuring of patient characteristics in substance abuse treatment. Eindrapport ZON project*. Amsterdam: AIAR; Nijmegen: Bèta. Retrieved August 12, 2009, from: [www.mateinfo.eu/pubs/Specifications%20for%20the%20measuring%20of%20patient%20characteristics%20in%20substance%20abuse%20treatment.pdf](http://www.mateinfo.eu/pubs/Specifications%20for%20the%20measuring%20of%20patient%20characteristics%20in%20substance%20abuse%20treatment.pdf).
- Broekman T.G., De Jong C.A.J., Riezebos G.G.M., Rutten R., Schippers G.M. (2006), *Pilotstudie Verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen. Rapport in opdracht van de SVG*, Amersfoort. Retrieved August 12, 2009, from: [www.mateinfo.eu/pubs/Pilotstudie%20Verdiepingsdiagnostiek%20van%20verslaving%20bij%20justitiabelen.pdf](http://www.mateinfo.eu/pubs/Pilotstudie%20Verdiepingsdiagnostiek%20van%20verslaving%20bij%20justitiabelen.pdf).
- Broekman T.G., Schippers G.M., Koeter M.J.W., van den Brink W. (2004), "Standardized assessment in substance abuse treatment in the Netherlands: The case of the Addiction Severity Index and new developments", *Journal of Substance Use*, 9: 147-155.
- Buchholz A. (2008), *Health-related Quality of Life and Psychosocial Functioning in Problem Drug Users*, Monsenstein und Vannerdat, Münster.
- Buchholz A., Schippers G.M., Broekman T.G. (2008), *MATE Training Manual*, Bèta Boeken, Nijmegen.
- Carey K.B. (2002), "Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders", *Behaviour Research and Therapy*, 40(11): 1345-61.
- Carroll K.M., Rounsaville B.J. (2002), "On beyond urine: Clinically useful assessment instruments in the treatment of drug dependence", *Behaviour Research and Therapy*, 40(11): 1329-44.
- De Wildt W.A., Lehert P., Schippers G.M., Nakovics H., Mann K., van den Brink W. (2005), "Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: A multinational study", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29: 509-516.
- De Wildt W., Schramme M., Boonstra M., Bachrach C. (2002), *Module indicatiestelling & trajectoewijzing*, GGZ Nederland, Utrecht.

- DeLeon G., Melnick G., Kressel D., Jainchill N. (1994), "Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20: 495-515.
- Franken I.H., Hendriks V.M., van den Brink W. (2002), "Initial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsive drug use scale and the desires for drug questionnaire", *Addictive Behaviors*, 27: 675-85.
- Gastfriend D.R. (2004), *Addiction Treatment Matching: Research Foundations of the American Society of Addiction Medicine (ASAM) Criteria*, Haworth Press, Binghamton, NY.
- Hser Y.I., Polinsky M.L., Maglione M., Anglin M.D. (1999), "Matching clients' needs with drug treatment services", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16: 299-305.
- Kokkevi A., Hartgers C. (1995), "EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence", *European Addiction Research*, 1: 208-210.
- Küfner H., Vogt M., Indlekofer W. (2000), *PREDI Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problemund lösungsorientierter Ansatz. Manual (Version 1.1)*, Institut für Therapieforchung, München.
- Langenbucher J.W., Labouvie E., Martin C.S., Sanjuan P.M., Bavly L., Kirisci L. et al. (2004), "An application of item response theory analysis to alcohol, cannabis, and cocaine criteria in DSMIV", *Journal of Abnormal Psychology*, 113: 72-80.
- Lovibond P.F., Lovibond S.H. (1995a), *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.)*, Psychology Foundation, Sydney.
- Lovibond P.F., Lovibond S.H. (1995b), "The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories", *Behaviour Research and Therapy*, 33: 335-343.
- Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M., Lehmann P. et al. (1998), "The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome", *Addiction*, 93: 1857-1867.
- Mäkelä K. (2004), "Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index", *Addiction*, 99: 398-410.
- Marsden J., Nizzoli U., Corbelli C., Margaron H., Torres M., Prada De Castro I., Stewart D., Gossop M. (2000), "New European instruments for treatment outcome research: reliability of the Maudsley addiction profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal", *Eur Addict Res*, 6: 115-22.
- McLellan A.T., Grissom G.R., Zanis D., Randall M., Brill P., O'Brien C.P. (1997), "Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in four programs", *Archives of General Psychiatry*, 54: 730-5.
- McLellan A.T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G. et al. (1992), "The fifth edition of the Addiction Severity Index", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 199-213.
- McLellan T.A., Cacciola J.C., Alterman A.I., Rikoon S.H., Carise D. (2006), "The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions and transitions", *American Journal on Addictions*, 15(2): 113-124.
- Merkx M.J.M., Schippers G.M., Koeter M.J.W., Vuijk P.J., Oudejans S., DeVries C.C.Q., van den Brink W. (2007), "Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: Feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres", *Addiction*, 102: 466-474.
- Moran P., Leese M., Lee T., Walters P., Thornicroft G., Mann A. (2003), "Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, 183: 228-232.
- Project MATCH (1999), "Comments on Project MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity", *Addiction*, 94: 31-4.
- Reed G., Lux J., Bufka L., Trask C., Peterson D., Stark S., Threats T., Jacobson J., Hawley J. (2005), "Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability, and Health in clinical settings", *Rehabilitation Psychology*, 50: 122-131.
- Ryan R.M., Plant R.W., O'Malley S. (1995), "Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout", *Addictive Behaviors*, 20: 279-297.

- Schippers G.M., Schramade M., Walburg J.A. (2002), "Reforming Dutch substance abuse treatment services", *Addictive Behaviors*, 27: 995-1007.
- Schippers G.M., Broekman T.G. (2007), *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment Final report* (ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068), Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam; Bureau Bêta, Nijmegen. Retrieved August 12, 2009, from: [www.mateinfo.eu/pubs/31000068.pdf](http://www.mateinfo.eu/pubs/31000068.pdf).
- Schippers G.M., Broekman T.G., Buchholz A. (2007), *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report* (ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068), Amsterdam, AIAR, AMCAmsterdam; Bureau Bêta, Nijmegen. Available from: [www.mateinfo.eu/pubs/31000068.pdf](http://www.mateinfo.eu/pubs/31000068.pdf).
- Schippers G.M., Broekman T.G., Koeter M.J.W., van den Brink W. (2004), "The Addiction Severity Index as a first-generation instrument: Commentary on 'Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index', by K. Mäkelä, *Addiction*, 99: 416-417.
- Simpson D.D., Joe G.W. (1993), "Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment", *Journal of Psychotherapy*, 30: 357-368.
- Smith B.D., Marsh J.C. (2002), "Client service matching in substance abuse treatment for women with children", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22: 161-8.
- Sobell M.B., Sobell L. (2000), "Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 573-579.
- Stucki G., Cieza A., Ewert T., Kostanjsek N., Chatterjee S., Ustün T.B. (2002), "Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice", *Disability and Rehabilitation*, 24(5): 281-2. World Health Organization (1994). *International statistical classification of diseases and related health problems (Vols. 1-3)* (10th ed.), World Health Organization., Geneva World Health Organization (1997).
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (Version 2.1), WHO-CIDI Training en Referentie Centrum, Amsterdam. Psychiatrisch Centrum AMC.
- World Health Organization (2001), *International classification of functioning, disability and health (ICF)*, World Health Organization, Geneva.

## NOTIZIE IN BREVE

### Al Prof. Andrea Riccardi assegnata la delega per le politiche sulla droga

Il Ministro alla Cooperazione Internazionale ed Integrazione prof. Andrea Riccardi ha assunto tra le deleghe operative, anche quella alle Politiche sulla Droga.

In una nota augurale il presidente nazionale di FeDerSerD si dice certo che una persona con una storia ricca di professio-

nalità anche nel sociale saprà proporre politiche che incidano in modo coordinato e integrato sul sistema di intervento, ma prima ancora sulla cultura della nostra società.

FeDerSerD si dichiara a disposizione per collaborare nelle forme che il Ministro riterrà opportune.

## NOTIZIE IN BREVE

### Nasce l'ACE

Nasce ***l'Alleanza contro l'Epatite***, dall'accordo tra FIRE Onlus (Fondazione Italiana per la Ricerca in Epatologia), con il supporto scientifico di AISF (Associazione Italiana per lo Studio del Fegato) e l'Associazione EpaC Onlus, (Associazione malati epatiti).

A Roma il 24 novembre, presso il Senato della Repubblica, si è tenuta una conferenza stampa di presentazione di ACE.

L'Alleanza nasce dalla volontà congiunta di medici e pazienti di far riconoscere le epatiti come priorità sociale e urgenza sanitaria. Le epatiti, infatti, rappresentano una priorità mondiale così come evidenziato dalla Risoluzione dell'OMS del maggio 2010. In particolare l'Italia è il Paese europeo con il maggior numero di soggetti HCV positivi (circa 3 milioni di persone) e detiene il triste primato di mortalità in Europa per tumore primitivo del fegato.

I relatori nella presentazione alla stampa sono stati il sen. Antonio Tomassini, il prof. Antonio Gasbarrini, il sig. Ivan Gardini, il prof. Raffaele Bruno, il sen. Daniele Bosone, l'on. Giuseppe Palumbo, la prof.ssa Maria Grazia Pompa, il prof.

Luca Pani, il sig. Tonino Aceti, il dott. Giorgio Barbarini e il sen. Ignazio Marino.

In questo contesto istituzionale Giorgio Barbarini, referente nazionale di FeDerSerD per le patologie correlate alle dipendenze ha presentato una riflessione dal titolo "L'impegno di FeDerSerD nella cura delle epatiti". Ricordati i dati epidemiologici e le necessità di cura in Italia, il dott. Barbarini si è soffermato sulla capillarità della presenza dei presidi Ser.T. e sulla rilevanza della valorizzazione clinica di questi servizi per l'ottima compliance che possono fornire ai pazienti. Inoltre ha colto l'occasione per illustrare le iniziative cliniche e di network di ricerca che FeDerSerD sta sviluppando nel Paese.

*FeDerSerD, nell'aderire ad iniziative di questo spessore scientifico ed umano, in una alleanza tra pazienti e terapeuti, vuole contribuire a quella crescita "della conoscenza e dell'azione" che è la vera ragione d'essere di una società scientifica libera, autonoma, radicata nel Paese.*

(A.L.)

# Oggetti virtuali e sessualità in vitro: l'abuso di Internet correlato alla sexual addiction può sviluppare le nuove frontiere del porno?

Annalisa Pistuddi\*, Franco Avenia\*\*

## SUMMARY

■ *Internet use can become addictive for anyone that's looking for immediate satisfaction in regards to specific objects like sex or any of its manifestations. This article describes typical examples of such people as well as the ways in which they satisfy addiction.* ■

**Keywords:** *internet addiction, pornography, sexual addiction, webcam girls.*

**Parole chiave:** *dipendenza da internet, pornografia, dipendenza da sesso, ragazze in videocamera.*

## Sessualità, virtualità e storia relazionale

Il virtuale ha un preciso significato nella lingua italiana: che è in potenza e non in atto, talvolta con un'allusione all'imminenza e inevitabilità di una situazione della quale sono già in atto tutte le premesse (Devoto Oli).

La rete virtuale rende un servizio mirato per coloro che ricercano qualcosa di costantemente reperibile e disponibile.

Ciò allontana dalla realtà che racchiude in quanto in una relazione la costanza illimitata è impensabile e irrealistica perché è implicita l'instabilità e l'incertezza propria degli esseri umani.

Sembra che i fruitori dell'illimitatezza della rete abbiano una fissazione al periodo che precede la costanza dell'oggetto e che provino pertanto troppa sofferenza e senso di abbandono se il loro punto di riferimento non è percepito alla loro portata e sotto il controllo dei loro bisogni di gratificazione immediata.

Ancora una volta, nel mondo rappresentazionale, entra in gioco la figura della madre.

Se il bambino si identifica nella figura della madre sollecita la interiorizza e ciò lo rende capace di autoaccudirsi.

Da adulto riuscirà a stabilire relazioni emotivamente appaganti e avrà premure per se stesso in momenti di tensione emotiva.

Pertanto non sarà attratto e sollecitato da oggetti esterni da cui dipendere in modo assoluto perché in grado di gestire i propri stati di tensione interna.

\* *Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, U.O.C. Alcolologia e Comportamenti di Addiction, Socio fondatore e Vice Presidente Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS), Professore a contratto Università degli Studi di Udine.*

\*\* *Sociologo, soffrologo, sessuologo, Presidente Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS); Consigliere della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (FISS); docente presso la Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio al corso di "Psicopatologia della sessualità".*

La figura della madre carente, invece, è il risultato di un processo di identificazione non completato che impedisce al bambino di sviluppare la capacità di autoaccudimento.

Da adulto cercherà dei sostituti cioè degli oggetti, o attuerà dei comportamenti, che possano temporaneamente alleviarli lo stress psichico. Una soluzione alla mancanza di introietti auto-curanti viene inevitabilmente cercata nel mondo esterno (McDougall, 2002).

Questi sostituti possono essere sostanze, sesso, cibo, gioco d'azzardo, relazioni patologiche che hanno la connotazione di oggetti che forniscono un sollievo momentaneo che però non riesce mai a colmare la deprivazione precoce.

La trappola della dipendenza è proprio il dover passare sempre al prossimo tentativo.

I dipendenti da sesso, per esempio, hanno bisogno di oggetti d'amore intercambiabili che li aiutino a colmare la delusione dell'effimero piacere ricercato, che non gestiscono con le proprie risorse interne limitate dalle carenze primitive.

La dipendenza patologica si definisce come una forma morbosa determinata dall'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento; una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere ripetuta con modalità compulsive; ovvero una situazione invasiva in cui sono presenti i fenomeni del craving, dell'assuefazione e dell'astinenza in relazione a un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che il soggetto non può allontanare da sé (Caretto, 2005).

La modalità, sintetica ma esaustiva, per descrivere il problema della dipendenza da sesso (sexual addiction) sembra essere la seguente.

La condizione psico-fisico-esistenziale nella quale un individuo percepisce la propria sessualità centrale rispetto alla sua vita ed agisce in risposta ad un irrefrenabile impulso sessuale, indipendentemente dagli effetti negativi che il suo comportamento può arrecare a sé ed agli altri, poiché la soddisfazione del bisogno che genera l'impulso gli procura piacere ed, al contempo, ricava forte disagio, ansia e mal-essere dalla sua mancata soddisfazione (Avenia, 2007).

L'illusione momentanea del possesso dell'oggetto prevale sul desiderio dell'incontro intimo, pertanto necessitano di oggetti d'amore intercambiabili e con una disponibilità automatica e immancabile.

Il ricorso continuo ad oggetti esterni è comunque destinato a fallire nel suo scopo, il sollievo è momentaneo e il rivolgersi ad essi si deve reiterare in modo compulsivo.

L'altro è considerato un oggetto funzionale al piacere provocato, uno strumento di gratificazione narcisistica (Kernberg, 1975).

Queste persone passano da un tentativo all'altro per fare in modo che un agente esterno funga da oggetto simbolico mancante.

La deprivazione interna, però, non si può colmare attraverso oggetti esterni incontrati nel corso della vita e mai interiorizzati per impossibilità emotiva, non avendo completamente esperito il processo di interiorizzazione nell'infanzia.

Le relazioni che i dipendenti riescono a instaurare sono basate unicamente sul proprio soddisfacimento sessuale immediato che però non fornisce mai un appagamento completo.

Sono tipologie di relazioni che non possono coinvolgerli dal punto di vista emotivo, ma situazioni che vivono come parti di una serie e che servono a mascherare, ma non a riparare, il vissuto di incompletezza di sé.

Pertanto occorre un ricambio veloce per non sperimentare ancora una volta la delusione relazionale.

È così che il comportamento della sexual addiction assume i connotati di impulsività e compulsività insieme, al fine della ricerca spasmodica di lenire il dolore della mancanza di qualcosa di fondamentale nell'universo psichico interno.

I soggetti dipendenti hanno oggetti d'amore intercambiabili o si rapportano ai partner sessuali come se stessero divorando le madri da cui disperatamente dipendono (McDougall, 2002).

Il bisogno di dipendere, che si protrae nella vita adulta, viene poi negato a favore di una dimensione di autosufficienza onnipotente che favorisce a sua volta fenomeni di dipendenza patologica che il soggetto non riconosce come tale.

Emerge invece in questi casi, come nelle altre forme di dipendenza, l'illusione di detenere il controllo sull'oggetto e sul comportamento.

La relazione con l'altro è così improntata su un tentativo di manipolazione all'interno del quale l'altro è privato di ogni esistenza autonoma e trattato come un'estensione di sé.

Sembra che il bisogno di possesso dell'altro prevalga sul desiderio di un incontro intimo, il corpo dell'altro viene considerato in funzione del piacere provocato, uno strumento di affermazione e gratificazione narcisistica immediata.

Questo non ha nulla a che fare con la ricerca del piacere inteso come appagamento nella relazione di coppia, il sexual addict potrà sperimentare la reazione orgasmica all'interno di un rapporto sessuale come potrà rimanere da questo punto di vista inappagato.

Comunque riprende la ricerca, spasmodica, di un altro oggetto, e così continua il modo patologico di rapportarsi all'altro.

Chi si trova nella condizione di dipendenza patologica è alla ricerca incessante di quella condizione infantile di fusione dove si è liberi dalle responsabilità.

La dipendenza, in una forma non patologica, è anche una condizione necessaria di sopravvivenza relazionale in una vita adulta che per essere sana dovrebbe prevedere una dualità e una interdipendenza.

## **Fantasie della mente e allucinazioni in vitro**

La figura dell'utilizzatore medio della pornografia in internet, da recenti ricerche internazionali, risulta essere maschio, di età fra

i 20 e i 50 anni, di scolarità e cultura media, spesso privo di una relazione stabile e talvolta con problemi legati alla sfera della sessualità, che riguardano prevalentemente l'erezione.

La figura del dipendente sessuale ricalca quella del fruitore della pornografia in internet, in particolare nella sexual addiction ci sono dei canali preferenziali per esternare i propri impulsi: prostitute, pornografia, scambio di coppia, *chat line*, utilizzatori di immagini e di siti più o meno interattivi.

L'innovazione tecnologica offre un vantaggio a coloro che hanno difficoltà relazionali o sessuali, rende possibile una gratificazione diretta.

La pornografia è un sogno diurno (Stoller, 1975) in cui le attività sessuali vengono proiettate in immagini, scritti o suoni al fine di un'eccitazione sessuale.

Tutto è centrato sulle fantasie dell'osservatore, l'oggetto in sé non ha nulla di pornografico se non vi è una connotazione che gli viene attribuita.

Una ricerca francese del 2008 (Università Jules Verne di Amiens, Mouras e colleghi) sulle caratteristiche maschili sottolinea la normalità di essere attratti dalle immagini.

Una caratteristica del maschio è usare la vista come senso prevalente e che spesso risponde al bisogno di immediatezza.

I meccanismi cerebrali che regolano l'eccitazione sono indotti dalla visione. Le immagini del corpo nudo, porno o non, suscitano una risposta cerebrale, attivano i neuroni a specchio, che sono le cellule empatiche che entrano in funzione quando si esegue un'azione o quando si guarda un'azione eseguita da altri. Lo studio di Mouras è il primo a confermare come l'eccitamento sessuale, anche nell'uomo, sia prima di tutto una questione di testa: sono i neuroni a specchio a scatenare la risposta fisica.

Il perché pare non sia ancora chiaro, ma la ricerca continua.

Pertanto l'eccitamento in sé è scatenato dal cervello.

L'immaginario erotico funziona allo stesso modo ma è più usato dalla femmina, la quale ha anche fantasie di seduzione che riguardano più il gioco relazionale, c'è un gioco che fa da mediatore, fatto non solo dall'esibizione ma anche da messaggi non verbali che comunicano la disponibilità.

La femmina non cerca solo l'immagine, la bellezza, ma anche l'idea di stabilità, cerca uno spazio sicuro per esprimersi, è capace di dilazionare l'eccitamento in virtù di un ritorno di presenza relazionale del maschio che la rassicuri.

Il fruire di internet ha permesso che si delineasse una nuova forma di dipendenza sessuale che si è agganciata alla difficoltà di instaurare relazioni *vis a vis*.

Il facile accesso al web per la maggior parte delle persone ha permesso anche di realizzare rapporti in cui si riesce a celare la propria identità, le proprie difficoltà sessuali, se presenti, e le problematiche relazionali.

Tutto ciò permette e attiva la possibilità di un camuffamento, un proporsi con un'identità flessibile, un mascheramento e lasciar trasparire l'immagine di sé parziale.

Così i rapporti vengono resi immateriali nel senso che non si tratta di instaurare una relazione autentica ma mediata dal mezzo di comunicazione che permette di plasmare la propria identità come si desidera.

La dipendenza da internet, in questi casi, si estrinseca nel beneficiare del vantaggio della relazione parziale e protegge dal rischio del rifiuto.

Non si crea una relazione affettiva e ciò mette al riparo dalla perdita dell'affetto che si può attuare nelle relazioni umane per cui ci si deve a vicenda conquistare ed esporre con le emozioni.

Qui fa da padrona l'immediatezza che, con la manipolazione dell'oggetto, è resa possibile e istantanea dallo strumento del web.

La magia è la realizzazione immediata degli impulsi che avviene premendo un tasto, ma tutto ciò mina la costruzione di un desiderio che richiede la complessa funzione riflessiva e l'edificazione di un sentimento verso l'altro e verso se stessi nella relazione.

Il non esporsi nella propria interezza emotiva è spesso un rifugio dal mettere in gioco delle parti di un Sé considerato carente, di cui ci si vergogna, che si pensa non sia accettabile dagli altri.

Nella rete si può guardare senza essere visti, a volte consente di essere anche guardati ma senza entrare in relazione, pertanto mette al riparo dalle insicurezze e dal rischio di mettere in gioco se stessi in una relazione più profonda.

Oppure si tratta di una vita parallela che si vuole vivere solo in quel modo in alcuni momenti, che permette di esporre una parte di sé che non si può mostrare in altri luoghi e in altre relazioni. Si sta delineando una dipendenza da utilizzo e anche da creazione di siti internet.

C'è chi si mette in rete, come le *webcam girls*.

Alcune possono avere uno scopo commerciale con l'intenzione di vendere il proprio corpo e realizzare incontri a scopo di lucro, altre attuano un gioco relazionale che trova reciprocità in un fruitore, che si realizza senza un "vero" contatto con il corpo dell'altro e permette di esporsi senza rischiare dal punto di vista emotivo e relazionale.

La dipendenza si rileva in coloro che fanno di internet un utilizzo costante, continuo, ripetuto e lo usano come unico o prevalente mezzo per la gratificazione sessuale (per le *webcam girls* la gratificazione potrebbe essere anche quella di esibirsi e sapere di essere guardate e ammirate), ne hanno costante bisogno anche crescente nel tempo, la cui modalità risulta dominante per la gratificazione dei propri desideri sessuali.

Comporta azioni quotidiane anche a discapito degli impegni presi, ignora le possibili conseguenze negative, si pensa di poterne fare a meno ma che poi non si riesce pur volendo, nonostante la consapevolezza che la modalità non sia del tutto adeguata. Con tutto ciò dobbiamo prendere anche in considerazione un fatto di costume.

Il mostrarsi in TV è la manifestazione dominante della nostra epoca, i filmati su *You Tube*, per esempio, sono in aumento e persistono perché è socialmente diffuso che ciò che conta davvero passa attraverso uno schermo. Per la maggior parte delle persone non è possibile arrivare ad esibirsi in una trasmissione televisiva ma è semplice arrivare su *You Tube*.

Ci sono anche filmati di ragazze che ballano, che non riguardano il porno, ciò permette di identificarsi con i personaggi della TV.

Anche i filmati sul telefonino che vengono scambiati danno la possibilità di esprimersi e di trasmettere la propria immagine confezionata in un certo modo, il più congeniale a ciò che di sé si vuole e si può mostrare.

Mostrarsi attraverso *You Tube* o attraverso il telefonino significa "lo esisto e sono così".

Qualcuno teme la relazione diretta, però poi con i mezzi che "semplificano" si prende dimestichezza e pian piano diventa un'abitudine.

Poi se la gratificazione di essere guardati porta a una fissazione libidica, a un'eccitazione insostituibile, a cui non si può più rinunciare, allora possiamo cominciare a considerare che possa trattarsi di una dipendenza o perlomeno di un abuso.

## Bibliografia

- Avenia F., Pistuddi A. (a cura di) (2007), *Manuale sulla sexual addiction*, FrancoAngeli, Milano.
- Caretti V., La Barbera D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Devoto G., Oli G.C. (2011), *Vocabolario della lingua Italiana*, Le Monnier, Modadori, Milano.
- Kernberg O. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Borinighieri, Torino, 1998.
- McDougall J. (2002), "L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico", in Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Stoller R.J. (1975), *Perversion, the erotic form of hatred*, Phanteon Books, New York.

## RECENSIONE



Stefano Pozzoli, Moreno Mattioli

### PARADISI ARTIFICIALI

Riflessioni psicoanalitiche  
sulle tossicodipendenze

pp. 176, € 14,50

Editore: FrancoAngeli

Collana: "Psicoanalisi e scienze umane"  
n. 1

Ed. Edicolors, 2011

Attraverso la lente psicoanalitica, la tossicomania viene interpretata e collocata nell'odierna società, tempo e luogo in cui personalità fragili trovano nella sostanza rifugio per un dolore mentale insopportabile ed in-elaborabile. Anche la psicoanalisi è ormai matura per proporre modelli moderni ed attuali per la cura clinica della tossicomania.

*Stefano Pozzoli*, psicologo clinico, psicoterapeuta di formazione psicoanalitica. Dottore di Ricerca in Psicobiologia, è attualmente docente presso l'Università degli Studi di Pavia dove tiene il corso di Psicopatologia delle Dipendenze.

*Moreno Mattioli*, Psicologo Clinico, esperto nella gestione e funzionamento delle Comunità Terapeutiche applicate alla cura e trattamento delle patologie gravi.

## Il “calore” in una tazza

### Uno spazio di prossimità tra servizio pubblico e terzo settore

G. Pellegrini\*, A. Rizzonelli\*\*

#### SUMMARY

■ *The drug addict is facing several problems of physico-psychic and socio-economic status. Despite the multi-disciplinary approach of a service, the resources may not be sufficient to meet all types of emerging needs. The aim of these issue is to identify any requirements not otherwise expressed by working synergistically with the third sector associations and public health, integrating the street educator and multi-service public health services.*

*The nursing and educational disciplines converge and agree on definitions and theories of man's anthropological and can offer a point of contact between public health and third sector, as professional interfaces each de-codifying and spokesman for your company.* ■

**Keywords:** *addiction, social-health integration, nursing, caring.*

**Parole chiave:** *tossicodipendenza, integrazione socio-sanitaria, infermieristica, prendersi cura.*

La persona tossicodipendente si trova a dover affrontare diverse problematiche, di natura fisico-psichica e socio-economica.

Nonostante l'approccio multidisciplinare di un servizio, le risorse possono non essere sufficienti a rispondere a tutte le tipologie di bisogni emergenti.

L'obiettivo del progetto è di rilevare eventuali esigenze altrimenti non espresse attraverso un lavoro sinergico con associazioni del terzo settore e sanità pubblica, integrando l'educatore di strada<sup>1</sup> all'offerta multiprofessionale del servizio.

Per creare lo spazio relazionale alla nuova figura, è stato montato un gazebo all'interno del giardino del servizio tossicodipendenze di Trento.

Più della metà dei contatti ha utilizzato il gazebo per l'assunzione di bevande e scambio di opinioni sulla quotidianità.

La maggioranza (73%) è stata di genere maschile nella fascia di età tra i 26-40 anni.

I dati mostrerebbero che un 10% dei pazienti seguito dal Ser.T. ha avuto contatti con il Gazebo. L'attività professionale dell'educatore si è concentrata verso la problematizzazione dei comportamenti volta alla motivazione del cambiamento<sup>2</sup>, all'utilizzo del gruppo come mutuo-aiuto<sup>3</sup> per affrontare problematiche comuni e alla ridefinizione della figura dell'assistente sociale.

La modalità di raccolta dati non permette di estrapolare informazioni significative, sembra esistere una parte di utenza che necessita di uno spazio relazionale di quotidianità.

Sono necessari ulteriori studi con metodologie e strumenti più analitici e rigorosi per verificare i risultati in termini di efficacia. L'integrazione socio-sanitaria ha fornito chiavi di lettura più ampie sul fenomeno tossicodipendenza, utilizzabili per un approccio terapeutico olistico della persona<sup>4</sup>.

\* Coordinatore Infermieristico Ser.T. Trento - Riva Rovereto.

\*\* Educatore professionale Cooperativa Arianna.

### Il caring socio-sanitario integrato

L'attività di integrazione socio-sanitaria ha la possibilità di allargare le conoscenze del fenomeno della tossicodipendenza.

I diversi punti di vista se coordinati e rispettosi di una metodologia rigorosa, potrebbero offrire letture più ampie e out put efficaci in termini di integrazione sociale, anche per gli individui non ancora sottoposti ad un trattamento di mantenimento farmacologico<sup>5</sup>.

La letteratura suggerisce che il trattamento psicosociale<sup>6</sup> associato ad una terapia farmacologica aumenta la ritenzione in trattamento.

Per amplificare l'azione terapeutica della presa in carico psicosociale, una possibile strada da percorrere, è la messa in opera di interventi che diano attenzione all'uomo e alla dimensione ontologica della cura, maggiormente definibile nell'accezione inglese di caring<sup>7</sup>.

L'intervento di presa in carico si esplica agendo contemporaneamente e sinergicamente su più piani antropologici, proprio per garantire un continuo approccio olistico, dal farmacologico stretto al relazionale caldo, accogliente e professionale.

Questo tipo di interventi deve mettere al centro dell'attenzione la persona, intesa più dell'insieme dei funzionamenti e delle capacità di cui un individuo dispone, dando la possibilità di scegliersi una vita a cui si dà valore e significato e l'abilità di mettere in atto stili di vita alternativi e salutari.

Si tratta di interventi che devono puntare alla valorizzazione e al sostegno delle capacità individuali per ridare dignità alla persona, oltre che al coinvolgimento attivo dell'individuo nei servizi offerti, concretizzando in tal modo percorsi di collaborazione e di lavoro insieme<sup>8</sup>.

Identificare un approccio bio-psico-sociale della tossicodipendenza, in base al quale, per dare risposte quanto più possibile efficaci, è opportuno cercare la sinergia tra professionalità diverse, ognuna competente per la propria disciplina e pure parte integrante dell'intero processo, in cui convergono le finalità dei singoli interventi d'area.

Le discipline infermieristiche e educative convergono e si accordano sulle definizioni antropologiche e sulle teorie dell'Essere dell'uomo e possono offrire un punto di contatto tra sanità pubblica e terzo settore, in qualità di interfacce professionali ognuna de-codificatrice e portavoce delle esigenze dell'altra per la propria azienda.

## Descrizione del progetto

Nel febbraio 2009 il Ser.T. di Trento con la Cooperativa Arianna ha stipulato un accordo per l'allestimento all'interno del servizio di uno gazebo, vero e proprio punto di ristoro per i pazienti in attesa di prestazioni.

L'accordo prevedeva l'offerta di bevande calde e fredde, primo strumento di aggancio per quanti sostano presso il parco della struttura.

La "pausa caffè", intesa in senso lato, sarebbe stata soprattutto occasione di aggancio dell'utenza a cui offrire spazi di dialogo e di ascolto, oltre che di progettualità sul sé.

Il gazebo sarebbe stato gestito da due Educatori di Strada della Cooperativa Arianna, che avessero una consolidata esperienza professionale in fatto di aggancio di persone in contesti di informalità e che quindi avessero confidenza con la dimensione della plasticità ed estemporaneità organizzativa<sup>9</sup>.

### Finalità

Le finalità che fanno da trama di sottofondo a Il calore in una tazza sono:

- la tutela della vita;
- la tutela della salute;
- il miglioramento della qualità della vita;
- l'aiuto della persona nell'apprezzare il proprio stile di vita.

### Obiettivi

- favorire processi di inclusione sociale;

- offrire spazi di relazione calda e accogliente;
- favorire l'emersione di sogni e desideri;
- favorire l'integrazione tra i servizi.

### Risorse

- due Educatori di Strada della Cooperativa Arianna;
- il budget preventivo considerava anche le risorse finanziarie per l'acquisto del gazebo, della strumentazione interna e dell'indispensabile per preparare le bevande offerte.

## Analisi statistica dell'attività

I dati sono stati raccolti dagli educatori della Cooperativa da dicembre 2009 a ottobre 2010. Volutamente rispettavano l'anonimato dell'utente per evidenziare e trasmettere il principio di integrazione con l'attività del servizio e verificare la nascita di aree problematiche altrimenti non rilevabili con il rapporto istituzionalizzato e professionale.

Ad ogni contatto è stata richiesta l'età, il sesso e sono stati documentati gli argomenti principali emersi durante la relazione (vedi tabella 1) oltre alle principali modalità di risposta fornite ed eventualmente alcune note.

Le tabelle di word utilizzate per l'inserimento sono state convertite in formato Excel per permettere una più agevole estrapolazione statistica.

Tab. 1

Data	Operatore	n. soggetti	Sesso		Età		TIPOLOGIA DOMANDA		RISPOSTE FORNITE	NOTE
			M	F	18-25	26-40	Tematica Trattata	Materiale Richiesto		

Vista l'eterogeneità degli argomenti trattati, si è cercato di riunire le tematiche all'interno di unità di significato.

Sotto ogni unità si trovano tutte le argomentazioni estrapolate dalla colonna "tematiche trattate" che abbiano una correlazione con il termine scelto come mostra la tabella 2 sottostante.

Tab. 2

Unità di significato	Tematiche trattate
<b>The</b> L'aggancio del paziente con il servizio Gazebo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Primo contatto:</b> la proposta di "bere un bicchiere di the" come momento di aggancio del paziente.</li> <li>• <b>Prendersi cura:</b> la tazza di the, come segno di presenza e di accoglienza anche senza uno scambio di parole. Il momento della domanda primaria come va? Come stai?, snodo per l'inizio di una relazione calda.</li> </ul>
<b>Quotidianità</b> La rielaborazione delle esperienze quotidiane.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Il racconto</b> di cosa è successo dal risveglio al momento dell'arrivo al servizio.</li> <li>• <b>La narrazione</b> di esperienze quotidiane che hanno modificato la routine.</li> </ul>
<b>Saluti</b> Tecnica di aggancio con i pazienti più marginali, rispetto al progetto Gazebo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In questa unità si inseriscono gli interventi di aggancio dei pazienti che stanno ai "confini" del gazebo, con i quali l'educatore, o non ha una relazione o questa è saltuaria e ritiene importante mantenere un legame.</li> </ul>

Unità di significato	Tematiche trattate
<b>Sostanze</b> Gruppo di tematiche che riguardano direttamente il consumo di sostanze psicotrope e ciò che questo comporta a livelli di comportamenti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terapia:</b> effetti di questa sul vivere quotidiano, diversità di effetti tra metadone e subutex.</li> <li>• <b>Modalità di consumo:</b> excursus sui diversi tipi di assunzione delle sostanze.</li> <li>• <b>Consumo:</b> riflessione di quanto si consuma, cosa questo comporta.</li> <li>• <b>Spaccio:</b> in seguito ad alcuni arresti si è entrati nell'argomento da diverse angolazioni, chi lo ha fatto cosa si rischia.</li> <li>• <b>Qualità delle sostanze:</b> ad oggi come è la qualità delle sostanze che si trovano sul mercato.</li> <li>• <b>Effetti:</b> spiegazione dei diversi effetti delle sostanze assunte dagli utenti.</li> <li>• <b>Trasformazione negli anni delle sostanze:</b> excursus storico dell'eroina trovata sul "mercato".</li> <li>• <b>Comportamenti:</b> quali abitudini comportamentali comporta l'essere tossicodipendenti attivi, sempre alla ricerca della sostanza.</li> </ul>
<b>Salute</b> Come agiscono la terapia e il consumo di eroina sulla salute del paziente raccontato dai pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Effetti terapia metadonica:</b> raccolta di diverse testimonianze riguardo agli effetti sulla salute di un prolungato uso di metadone.</li> <li>• <b>Fisico debilitato:</b> come l'uso dell'eroina nel tempo provochi danni fisici.</li> <li>• <b>HIV ed epatite:</b> alcuni passaggi con il singolo utente sulle malattie infettive, se le conoscono, come, quali tipi di precauzioni utilizzano, come ci convivono.</li> </ul>
<b>Amicizia</b> Rielaborazione educativa dei vari tipi di legami che i pazienti instaurano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pericolo di ricaduta:</b> talvolta l'amicizia porta a ritornare a vecchi comportamenti come il consumo.</li> <li>• <b>Rarità:</b> la percezione di un legame raro, che si presenta poche volte nell'arco della vita.</li> <li>• <b>Desiderio:</b> molti ne raccontano la mancanza e il forte desiderio di relazioni vere, libere dal consumo e dalla strumentalità.</li> <li>• <b>Convenienza:</b> l'altra faccia della medaglia avere "amici" è conveniente soprattutto se sono economicamente validi.</li> <li>• <b>Ricerca:</b> trasversalmente emerge una continua ricerca di legami forti.</li> </ul>
<b>Lavoro</b> Le varie dimensioni del lavoro come cercarlo, come mantenerlo, come lo si vive.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fatica:</b> lavorare è faticoso è la dimensione che emerge di più dai racconti.</li> <li>• <b>Energia/vitalità:</b> la concezione che il lavoro dia comunque nuove energie, avendo anche un risvolto rispetto alla motivazione sul percorso di cura.</li> <li>• <b>Ricerca:</b> per taluni è il filo rosso delle loro giornate una spasmodica ricerca di lavoro, un pensiero ossessivo che poi nella realtà non trova uno sbocco concreto.</li> <li>• <b>Come fare:</b> mancanza di informazioni minime di base su come ricercare un lavoro, dove trovare un aiuto reale, come si costruisce un curriculum, quali sono le agenzie in cui andare per trovare lavoro.</li> <li>• <b>Capacità di resistere:</b> rinforzo di questa capacità e sostegno delle esperienze lavorative iniziali,</li> <li>• <b>Stereotipi e dicerie:</b> questi aspetti in una città come Trento aumentano le difficoltà a trovare un lavoro chi ha avuto esperienze lavorative negative fa fatica a trovare nuove opportunità.</li> <li>• <b>Lavori umili e di fatica:</b> i posti ai quali accedono prevalentemente rientrano in queste categorie e si caricano di ulteriori problematiche fisiche e psicologiche.</li> </ul>
<b>Casa</b> La questione della casa, nelle sue diverse accezioni.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Costi elevati:</b> riflessioni rispetto ai prezzi di affitto.</li> <li>• <b>Difficile tenerla, gestione economica (affitto, bollette):</b> scarse capacità di organizzazione e di razionalizzazione delle spese.</li> <li>• <b>"Strada":</b> sia come luogo di dimora per alcuni, sia come posto nel quale si sta per molto tempo alla ricerca della sostanza.</li> </ul>
<b>Famiglia</b> Tutte le varie tipologie di rapporti familiari e di incidenze della famiglia sulla vita del paziente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Radice del problema:</b> molti pazienti definiscono problematico il ruolo della famiglia nella loro vita<sup>10</sup>.</li> <li>• <b>Amore/odio:</b> rappresentazione di un legame forte e dualistico con i propri familiari.</li> <li>• <b>Luogo del conflitto:</b> nel conflitto con la famiglia si ritrova spesso la loro recriminazione maggiore, per un supporto non avuto nel momento del bisogno.</li> <li>• <b>Punto di riferimento:</b> per i più giovani è ancora un riferimento, spazio per la relazione d'aiuto.</li> <li>• <b>Incidenza della famiglia:</b> sulle scelte soprattutto nella fase adolescenziale della loro vita.</li> </ul>
<b>Sessualità</b> Il rapporto sessuale vissuto, pensato, sognato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desiderio:</b> tanti pazienti sia maschi che femmine esprimono il desiderio di avere rapporti sessuali.</li> <li>• <b>Sostituzione con la sostanza:</b> confronto spesso portato per far comprendere l'intensità piacevole che si prova nell'uso di sostanze stupefacenti.</li> <li>• <b>Occasionale:</b> alcuni pazienti raccontano di avere rapporti sessuali solo occasionalmente e in occasioni di consumo condiviso.</li> </ul>
<b>Passioni</b> Gli interessi che hanno una rilevanza significativa nella vita dei pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All'interno di questa tematica ci stanno tutte le particolarità soggettive di ognuno degli utenti che hanno raccontato la propria passione, come quell'interesse personale che va al di là della sostanza e forse non ne dipende, dove trovano spesso consolazione, forza, piacere. Alcune di queste passioni sono: calcio, bicicletta, fumetti, collezioni di monili, pittura e lettura.</li> </ul>
<b>Storia personale</b> La rielaborazione delle esperienze quotidiane inserite nella storia del paziente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comparazione tra prima e dopo il consumo di eroina.</b></li> <li>• <b>Comparazione tra prima e dopo l'aggancio al Ser.T.</b></li> <li>• <b>Nostalgia tristezza del prima.</b></li> <li>• <b>Romanzo epico:</b> alcuni racconti personali assumono talvolta caratteristiche fantastiche ricche di dettagli e di personaggi particolari.</li> </ul>

## Risultati

I risultati sono stati riassunti nella tabella 2.

L'argomento con maggiore frequenza presentata è stata la domanda di the (26%) poi i saluti (15%) e a seguire la quotidianità (11%) che complessivamente forniscono il 52% degli argomenti presentati.

Tab. 3

Unità di significato	Val ass.	%
Astinenza	28	2
Casa	73	4
Comunità	91	5
Lavoro	107	6
Passioni	52	3
Quotidianità	192	11
Salute	45	2
Saluti	262	15
Sostanze	80	4
storie di vita	38	2
Terapia - medici	59	3
The	475	26

Genere	Val ass.	%
Maschi	1276	73
Femmine	478	27

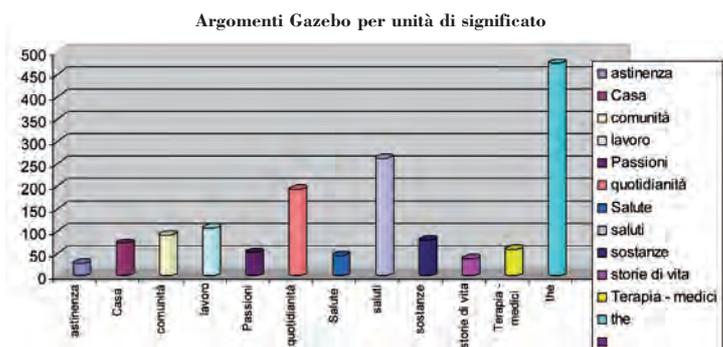
Classe età	Val ass.	%
18-25	682	38
26-40	1097	61

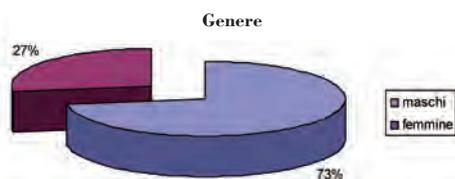
Totale Contatti	1801
-----------------	------

Il totale dei contatti intercorsi è 1801, di cui il 73% maschi ed il 27% femmine.

Fig. 1



Le classi di età sono per il 38% tra i 18-25anni e per il 61% 26-40 anni.



## Conclusioni

La maggior parte dei pazienti che ha frequentato il Gazebo ha richiesto all'educatore un aggancio a bassa soglia<sup>11</sup>.



Dare tempo in un ascolto limitato, ma sicuro, far percepire la presa in carico nell'accezione dell'I care, "mi importa, ho a cuore", anche per gli aspetti apparentemente meno significativi della relazione sociale semplice<sup>12</sup>.

In questo quadro i dati percentuali del the (26%) saluti (15%) e a seguire la quotidianità (11%) assumono valenza propositiva se intesi come istanza di considerazione come persona.

Il bisogno di quotidianità emerso sembra sostenere l'ipotesi che la sfera della socializzazione è uno spazio da presidiare e risponde ad un bisogno di parte della popolazione che afferisce al Ser.T.

Si può però, solamente stimare, che un 10% degli utenti (riguardanti la somministrazione giornaliera), abbia avuto contatti con il gazebo.

Tale approssimazione è dovuta alla scelta iniziale di rispettare l'anonimato impedendo, di fatto, una rilevazione nominale dell'incidenza e della prevalenza dei soggetti afferenti.

L'intervento dell'educatore si è espresso all'interno di un setting relazionale fragile, rivolto soprattutto ad una tipologia di utenza definita a bassa evolutività in cui l'approccio professionale si è concentrato principalmente:

- sulla problematizzazione dei comportamenti volta a innescare un processo di motivazione al cambiamento;
- sulla condivisione dei bisogni nel gruppo per attivare circuiti di mutuo-aiuto tra pazienti;
- sulla rielaborazione delle convinzioni di alcune figure professionali operanti nel Ser.T., come per esempio l'assistente sociale, a volte evitato per equivoci sulle implicazioni giuridiche.

Si può quindi affermare che il progetto "Una tazza di calore" si sia inserito all'interno del Ser.T. per occupare uno spazio, libero dalla "negoiazione" sulla terapia farmacologia e non inserito nel setting formale della relazione terapeutica.

L'utente sperimenta la narrazione della propria storia e dei propri vissuti, porta le proprie idee e condivide i sogni, esprimendo con forza un bisogno di riconoscimento ontologico di Esserci come persona<sup>13</sup>, oltre un'etichetta di portatore di patologia ad andamento cronico recidivante, ma secondo una visione olistica di individuo.

## Note

1. Regoliosi L., *La strada come luogo educativo, orientamenti pedagogici sul lavoro di strada*, Edizioni Unicopli, Milano, 2000.
2. Prochaska J.O., Di Clemente, *Il Modello Transteorico del Cambiamento C.C.*, 1983.
3. Dominique M. Sternberg, *L'auto/mutuo aiuto nel lavoro con i gruppi. Guida per i facilitatori di gruppo 2002*, Erickson.
4. Infermieristica Olistica Burrai Francesco 2010 (pubblicato dall'autore).
5. Quaglio G., Lugoboni F., Pattaro C., GICS, Montanari L., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D., "Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients", *BMC Public Health*, January 2006, Vol. 6 Issue: Number 1, pp. 216-0.

6. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., Mayet S., "Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification", *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, Issue 3, 2009.
7. Saiani L., Brugnolli A., *Trattato di cure infermieristiche*, Sorbona 2011.
8. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
9. Santamaria F., Antonini T., "Dire l'educare con gli adolescenti in strada", *Animazione Sociale*, gennaio 2009, pp. 41.

10. Schellenbaum P., *La ferita dei non amati*, Red edizioni, Milano, 2002.
11. Aa.Vv. a cura di Guaita F., *Interventi di prevenzione con operatori di strada organizzazione, operatività, valutazione*. Regione del Veneto Assessorato alle Politiche Sociali, Azienda ULSS 13 - Mirano Dolo, 1998.
12. Demetrio D., *L'educatore auto(bio)grafo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni d'aiuto*, Unicopli, Milano, 1999.
13. Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori Bruno, collana Sintesi.

## RECENSIONE



Ina Maria Hinnenthal,  
Mauro Cibin (a cura di)

### IL TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE DELLE DIPENDENZE DA ALCOL E COCAINA Il modello Soranzo

pp. 200, € 28,00  
SEEd edizioni

L'abuso e la dipendenza da alcol e cocaina rappresentano patologie gravi, ad alto rischio di recidiva e dai costi sociali e sanitari assai elevati. Le situazioni di polidipendenze, sempre più frequenti, necessitano di interventi qualificati, specialistici, intensivi, che richiedono anche periodi residenziali, oltre che la capacità di costruire una robusta rete territoriale.

Il volume, a partire dal percorso riabilitativo/assistenziale messo a punto nell'ambito di Villa Soranzo, esamina approfonditamente questa tematica. A una prima parte che affronta gli aspetti clini-

ci della dipendenza e la complessità della prevenzione delle ricadute, segue una sezione dedicata ai più avanzati strumenti cognitivi ed emotivi del trattamento, soffermandosi infine sugli aspetti dell'*aftercare*. Questo tipo di **approccio multiprofessionale**, unito a un clima di accettazione e al **coinvolgimento dell'assistito**, rappresenta un modello e una proposta per migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi, mettendo il paziente al centro del processo di cura come promotore attivo della propria salute.

*Il Progetto Villa Soranzo nasce nel 2001 grazie alla collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS 13 del Veneto e il CEIS "Don Milani" di Mestre. Il percorso si sviluppa attraverso un intervento residenziale breve, nuovo in Italia e specifico per persone con problemi legati all'abuso/dipendenza da alcol e cocaina. Il progetto Soranzo, che ha coinvolto tutti gli Autori di questo volume, rappresenta quindi in modo concreto la possibilità di costruire innovazione nel mondo dei servizi e delle comunità terapeutiche.*

*Ina Maria Hinnenthal*, Psichiatra, psicoterapeuta. Responsabile Ambulatorio Alcologia, Struttura semplice dipartimentale, DSM-integrato, ASL 1 Imperiese, Imperia (IM).

*Mauro Cibin*, Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento per le Dipendenze della Azienda ULSS 13 del Veneto, Dolo (VE).

## RECENSIONE



Lorella Molteni

### L'EROINA AL FEMMINILE

pp. 384, € 46,00  
Editore: FrancoAngeli  
Cod. 1341.2.50  
Collana: Salute e Società.  
Ricerca e spendibilità

La tossicodipendenza femminile costituisce un ambito di indagine finora inesplorato nel contesto nazionale e poco tematizzato sul fronte internazionale. L'indagine sociologica presentata in questo testo si propone di gettare le prime basi di una riflessione sulle specificità della carriera tossicomane femminile – finora omologata a quella maschile sia sul piano teorico sia dell'offerta terapeutica – e di stimolare un pensiero nuovo e critico che possa essere spendibile per il ri-orientamento delle politiche e dei servizi per le dipendenze.

Viene proposta, dunque, una lettura sociologica delle biografie individuali di 54 donne in trattamento per dipendenza da eroina presso il Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento, per riportare alla luce le specificità dei vissuti di dipendenza da parte dell'uni-

verso femminile, in modo particolare in riferimento alle forme e alle conseguenze della stigmatizzazione, più gravi a causa delle aspettative sociali che tradizionalmente hanno interessato l'essere donna in riferimento al ruolo di cura e caregiver familiare. L'analisi delle carriere tossicomane è stata integrata con ulteriori strumenti di indagine – intrusivi e non intrusivi, quantitativi e qualitativi – che nel loro ruolo solo in apparenza ancillare contribuiscono a delineare in modo più completo la fisionomia del fenomeno: la revisione degli studi internazionali sulle differenze di genere, un'indagine quantitativa *ad hoc* dell'utenza in trattamento presso i servizi per le dipendenze del Trentino, il confronto con gli operatori del Sert sui singoli casi di donne coinvolte nell'indagine, le interviste in profondità a professionisti socio-sanitari del settore, l'osservazione diretta (partecipante e non) e il *peer debriefing*.

L'insieme dei dati forniti dall'indagine costituisce una ricca base empirica che sostiene da un lato l'autonomia e la specificità della tossicodipendenza femminile rispetto a quella maschile e, dall'altro lato, la necessità di una ristrutturazione della rete di servizi in senso *gender oriented*.

*Lorella Molteni*, dottore di ricerca in Sociologia, lavora attualmente come ricercatrice presso il Sert di Trento e collabora ad attività di ricerca sociale con l'Università degli Studi di Trento e Bologna, prevalentemente in ambito socio-sanitario. Per i nostri tipi, ha collaborato di recente all'indagine presentata in Corposanto C., Lovaste R., *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope* (2009).



# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno III, n. 9

MISSION n. 33

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

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@virgilio.it](mailto:missiondirezione@virgilio.it)

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

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

## Consumo di alcol ed incidenti in “montagna”

Rosa Maria Gaudio\*, Stefania Barbieri\*, Vincenzo Brunaldi\*, Cesare Bertocco\*,  
Francesco Maria Avato\*

L’aumento di popolarità dello sci dilettantistico (fin dai Giochi olimpici invernali di Lake Placid del 1932; dai 10.000 sciatori del 1935 si è passati ai 14,5 milioni stimati oggi) con praticanti di ogni età e di entrambi i sessi, così come l’aumento di popolarità dello *snowboarding*, generalmente praticato dai più giovani, espongono ad un alto rischio di lesioni traumatiche, esitando in un aumento proporzionale degli incidenti con risoluzione non sempre favorevole.

Nello sci, in oltre la metà dei casi (52%) vengono riportate lesioni agli arti inferiori, mentre nella pratica dello snowboard la percentuale di lesioni agli arti inferiori è pari al 23%.

Per contro, su 100 incidenti con lo snowboard, ben 45 interessano gli arti superiori, contro gli appena 16 incidenti nello sci.

Sia nello sci che nello snowboard circa 1 incidente su 7 ha come conseguenza un trauma al cranio-facciale.

A tal riguardo va osservato che le disposizioni legislative “*Norme in materia di sicurezza nella pratica degli sport invernali da discesa e da fondo*” approvate definitivamente al Senato il 17 dicembre 2003, sanciscono l’obbligo di indossare il casco per tutti i ragazzi al di sotto dei 14 anni a partire dalla stagione sciistica 2004/2005.

Dati statistici italiani riportano ogni anno 35.000 infortunati (1.100 ricoveri in ospedale, 25.000 accessi in Pronto Soccorso).

\* Dipartimento di Scienze Biomediche e Terapie avanzate, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Ferrara.

L’età media degli infortunati è al di sotto dei 40 anni e nel 55% dei casi si tratta di soggetti di sesso maschile.

Nei comprensori sciistici Italiani risulta che nel 72,9% dei casi la nazionalità dei feriti è italiana, il 6,5% proviene dai paesi confinanti e dell’arco alpino (Francia, Svizzera, Germania, Austria e Slovenia).

Rilevante anche la presenza dei paesi dell’est europeo (Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Russia e Repubbliche Baltiche) con il 7,2% della casistica.

Dall’analisi dei dati presenti in letteratura, la traumatologia nei comprensori sciistici indipendentemente dalla preparazione tecnica o fisica è spesso correlata al numero di persone presenti sulle piste ogni giorno, in particolare nei giorni festivi.

Negli ultimi 20 anni, il numero di discese all’ora per sciatore si è triplicato (anche grazie alla velocizzazione degli impianti di risalita ed alla trasformazione dello sci alpino in sport di massa) determinando una predisposizione all’incidente traumatico, in quanto lo spazio di discesa a disposizione per ogni sciatore pare si sia ridotto di 5 volte.

Ancora la battitura accurata delle piste, unita alla evoluzione dei materiali, ha determinato anche un aumento della velocità degli sciatori che nel caso del “cosiddetto sciatore domenicale”, spesso tecnicamente e/o fisicamente inadeguato rispetto alla velocità, all’affollamento delle piste, alle condizioni ambientali di alta quota e alle prestazioni richieste dalla difficoltà del pendio, contribuisce all’aumento del rischio dell’incidente.

Gli incidenti e i traumi sono di varia entità; la maggior parte degli infortuni (69,2%) avvengono in condizioni

meteorologiche buone, su neve compatta ma non ghiacciata (56,9%) e su neve naturale; meno del 10% dei traumi occorrono su neve con fondo esclusivamente artificiale; meno del 5% degli incidenti accade in condizioni di scarsa visibilità.

Gli incidenti in montagna, come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità, intendendo la pratica dello sci e dello snowboard non solo ricreazionali ma anche agonistiche, sono responsabili di lesioni che richiedono il soccorso non solo del personale predisposto, ma anche di quello del servizio di emergenza territoriale.

Nella maggioranza dei casi (circa il 70%) il soccorso territoriale esita in un invio nei servizi di pronto soccorso/emergenza degli ospedali di riferimento, o negli ambulatori presenti nei comprensori sciistici. Lo rivela il rapporto S.I.Mon. di Sorveglianza degli incidenti in montagna del Reparto Ambiente e Traumi dell'ISS (dati ottenuti dal servizio di soccorso dei comprensori sciistici e quelli del pronto soccorso).

Dai dati analizzati in letteratura e dalle casistiche valutate, la gran parte degli incidenti sono causati da imperizia dei frequentatori; lo 0,3% dei traumi sulle piste da sci sono originati da scontro tra sciatori ed hanno conseguenze tali da richiedere un ricovero in ospedale (fonte Rapporto S.I.Mon., Istituto Superiore di Sanità, 2007).

In tali studi ed in tali percentuali non viene altresì menzionata la capacità dei coinvolti nel calcolare il rischio del sinistro né delle condizioni psicofisiche degli stessi durante la pratica sportiva piuttosto che al momento della raccolta post sinistro.

L'assenza di tale attenzione da parte dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza agli infortunati, risulta ormai nota da superare nell'ottica di un aumento parallelo di consumo di sostanze stupefacenti e di alcol anche nei giovani ed in situazioni che implicano aumento di energie e di atteggiamenti comportamentali "spericolati" anche in campo sportivo.

Il fenomeno del "binge drinking" si sta diffondendo infatti anche nei luoghi ricreazionali e nelle attività sportive non agonistiche e la popolazione coinvolta è rappresentata da adolescenti e giovani (1), laddove la percezione del rischio risulta notevolmente compromessa (2).

Dall'analisi dei lavori pubblicati in letteratura si annotano studi di tipo osservazionale (3) e retrospettivi dove sono riportati traumi da sci e da *snowboard* nei diversi comprensori sciistici con campioni di pazienti che variano nei diversi lavori scientifici analizzati.

Spesso però le fonti bibliografiche trattano dati di soggetti traumatizzati, analizzando campioni provenienti da servizi di Emergenza/Pronto soccorso di strutture ospedaliere di vari livelli, dove solo in alcuni casi erano presenti servizi di tossicologia idonei al rilascio del dato

analitico adeguato; nonché provenienti dai consorzi degli impianti dei vari comprensori, in cui il campione risulta composto da soggetti ricoverati, per traumi minori, in ospedali lontani dalla sede dell'incidente scistico ovvero in strutture ospedaliere vicini alla residenza e a distanza di diverse ore dall'evento, dove non risulta eseguito il dosaggio alcolemico o comunque inattendibile.

È bene comunque riferire come la maggior parte dei lavori internazionali analizzati riguardano prevalentemente studi casi-controlli in cui il valore alcolemico nei casi con traumi riportati durante la pratica dello sport invernale risultava superiore dello 0,5g/L in una percentuale del 3,3% (4), con test positivo variabile dal 20% (5, 6, 7) al 33% (4); inoltre accanto all'assunzione di alcol appare crescente la positività di assunzione di benzodiazepine anche poche ore prima dell'incidente stesso (6, 7).

In Italia solo pochi studi si sono occupati negli anni scorsi dell'argomento riguardante l'alcolemia nelle attività ricreazionali e in particolare nell'attività invernale. La maggior parte degli studi fornisce una fotografia di situazioni che si verificano in alcuni comprensori sciistici e in alcune stazioni di montagne italiane; i dati non sono spesso correlabili e i campioni non sono tali da poter dare risultati statisticamente validi, ma possono essere considerati come introduttivi verso una più accurata ottica preventiva circa la valutazione degli infortuni su snowboard, sci, slitte soprattutto nella popolazione adolescenziale.

In un recente lavoro pubblicato sulla rivista *Med Sci and Law*, Gaudio e coll. (8) hanno eseguito uno studio retrospettivo in un campione di popolazione (4550 soggetti con traumi avvenuti in un periodo di 6 anni, nei campi da sci o durante attività ricreazionali invernali, in un'area dolomitica) analizzando alcuni dati riguardanti il soccorso extraospedaliero e i dati intraospedalieri.

Numerose variabili (età, sesso, tipologia di trauma, gravità del trauma, abilità tecniche, condizioni fisiche, ecc.) sono state prese in visione e rapportate ad ogni sinistro.

I risultati ottenuti benché non considerati come numero assoluto in termini statistici, ha mostrato comunque alcuni aspetti "curiosi" ed in parte inaspettati per quanto riguarda i risultati riguardanti i livelli di alcolemia della popolazione analizzata.

Infatti rispetto ai 200 casi di traumi, tutti definiti gravi/maggiori, in cui è stato possibile recuperare il valore della concentrazione alcolemica, questo risulta superiore al limite di 0.5g/L.

In particolare nel 2% dei casi il valore è  $\geq 1.5$  g/L; nel 29% dei casi è tra 0.5-0.8 g/L, ma nel 69% dei casi il valore è tra 0.8-1.5 g/L.

Il dato alcolemico non sembra sia correlabile né al giorno della settimana né alla parte del giorno in cui si riscontra il maggior numero di incidenti (domenica e pomeriggio).

Altresì è tra le più importanti cause di incidente nei più giovani praticanti, addirittura con scarsa abilità nella pratica sportiva: l'alcol ha evidente influenza sulla capacità fisica, specie nella facile perdita di equilibrio, e sulla capacità di riconoscere ed evitare il pericolo, specie nel valutare il tempo di caduta e di impatto con il manto nevoso.

Lo studio comunque porta, all'attenzione dei tecnici, alcuni elementi di interesse e, soprattutto a nostro parere, degni di approfondimento valutativo e soprattutto di approccio multicentrico, tale da permettere di delineare la reale situazione del numero di soggetti traumatizzati con alcolemia positiva, studio peraltro inesistente in campo nazionale ed internazionale.

Tale approccio permetterebbe di porre l'attenzione sia in campo squisitamente clinico che tecnico giuridico che preventivo epidemiologico.

**Clinico.** È noto che il professionista del servizio di emergenza territoriale (118) e il personale di soccorso delle piste valuti il livello di coscienza tramite la Scala di Glasgow (CGS score): l'effetto dell'alcol (e di altre sostanze tossiche), come riportato ampiamente in letteratura, può contribuire alla alterazione del valore riportato e ciò dovrebbe essere preso in considerazione nel momento dell'approccio tecnico di primo soccorso, altresì sottostimato o addirittura non considerato soprattutto nei casi di "esperti sportivi sciatori o praticanti lo snowboarding".

**Tecnico giuridico.** Il vuoto di attenzione legislativa in tal senso andrebbe colmato, non solo con specifici aggiustamenti in seno alla possibilità o meno di pratica di attività sportiva agonistica o semiagonistica, ma anche in senso educativo specifico nei campi sportivi e durante il periodo di scuola sciistica non professionale.

**Preventivo.** Accanto all'utilizzo di caschi e di mezzi di protezione vari, nonché di approccio qualitativo di specifici campi di discesa (cfr. *Norme in materia di sicurezza nella pratica degli sport invernali da discesa e da fondo*) anche una sorte di modifica educativa

in tal senso per abbattere non già il consumo di alcool in quanto tale, ma l'uso dello stesso in una situazione tale da causare aumentato rischio di incidenti e di scontri, soffermandosi sul concetto delle capacità tecniche e di conduzione degli sci o dello snowboard nei soggetti che assumono sostanze alcoliche o sulla reale capacità di costoro nel contemplare il grado di pericolo, anche in relazione alle proprie abilità tecniche, o ritenute tali.

Infine lo studio pubblicato porta all'attenzione alcune criticità ancora irrisolte che altresì potrebbero essere motivo di ulteriore sforzo organizzativo da parte degli stessi organismi ed organizzazioni all'uopo:

- la quantificazione del tasso alcolemico sempre attraverso dosaggio in adeguati laboratori di tossicologia forense;
- tipologia della stessa (superalcolici?) attraverso una adeguata anamnesi raccolta al momento del soccorso o ingresso in struttura sanitaria;
- impatto del fenomeno negli sportivi agonisti e/o amatoriali, attraverso indagini/interviste;
- modifiche metaboliche delle bevande alcoliche assunte rispetto all'attività stessa, attraverso studi casi/controllo;
- livello di quantità di alcol fisiologicamente sopportabile e non pericolosa per le attività ricreative invernali come "good practice" di riferimento.

Sarebbe interessante quindi eseguire studi multicentrici coinvolgenti non solo il personale di soccorso delle piste, ma anche i professionisti dei servizi di emergenza territoriale presenti in Italia e dei reparti di Pronto soccorso di riferimento per poter sottolineare:

1. reale numero di soggetti a rischio (età, residenti e non, stranieri);
  2. tipologia di sport o attività ricreazionale eseguita (sci, snow-board, sci alpino, slittino, carving);
  3. orario del trauma/giorno della settimana/condizioni metereologiche/tipo di neve;
  4. orario del trauma e orario del dosaggio alcolemico;
  5. gravità del trauma/alcolemia;
  6. indici prognostici e trauma;
  7. outcome;
  8. utilizzo occasionale delle sostanze alcoliche e tipologia.
- Tale approccio viene riportato nella scheda di seguito.

Dati demografici							ambientali		clinici	
Nome infortunato				M	F					
Età	3-10		10-18		18-25	25-35	35-45	>45		
Altezza	peso			BMI						
Luogo incidente				comprensorio						
Tipo di pista	blu	rossa		nera						
Fuori pista										
Data incidente										
Soccorritore <input type="checkbox"/>										
Medico <input type="checkbox"/>										
Infermiere <input type="checkbox"/>										
Ora incidente				numero ore sci al momento incidente						
Visibilità del luogo al momento incidente										
Manto nevoso in pista		artificiale		naturale		ghiacciata				
<b>Condizioni metereologiche</b>										
Sci		snowboard		slitta		altro				
Temperatura (>0°C)		<input type="checkbox"/>		-15°C a 0		<input type="checkbox"/>		< -15 <input type="checkbox"/>		
<b>Descrizione incidente</b>										
Caduta										
Collisione oggetto				quale?						
Collisione persona										
Ostacolo in pista										
Ostacolo fuori pista										
Dossi <input type="checkbox"/>		vento <input type="checkbox"/>		accumuli neve <input type="checkbox"/>						
Caduta da seggiovia <input type="checkbox"/>										
Malfunzionamento attrezzatura <input type="checkbox"/>										
Errore tecnico <input type="checkbox"/>										
Perdita padronanza sci/snowboard/slitta <input type="checkbox"/>										
Altro:										
Principiante		livello intermedio			esperto					
Velocità		alta			bassa					
Attrezzatura nuova				attrezzatura usata/non preparata						
<b>Tipologia di trauma</b>										
Trauma cranico				GCS						
Trauma toracico				<input type="checkbox"/>						
Trauma addominale				<input type="checkbox"/>						
Trauma arti superiori				<input type="checkbox"/>						
Trauma vertebrale				<input type="checkbox"/>						
Trauma arti inferiori				<input type="checkbox"/>						
Frattura bacino/pelvi				<input type="checkbox"/>						
Intubazione tracheale IOT				<input type="checkbox"/>						
Colazione		sì no		pranzo		sì no				
Consumo Alcolici		no <input type="checkbox"/>		sì <input type="checkbox"/>		quali				

## Bibliografia

- (1) Augustyn M., Simons-Morton B.G. (1995), "Adolescent drinking and driving: etiology and interpretation", *J Drug Educ.*, 25(1): 41-59. Review. PubMed PMID: 7776149.
- (2) Sherker S., Finch C., Kehoe E.J., Doherty M. (2006), "Drunk, drowsy, doped: skiers' and snowboarders' injury risk perceptions regarding alcohol, fatigue and recreational drug use", *Int J Inj Contr Saf Promot*, Sep, 13(3): 151-7. PubMed PMID:16943158.
- (3) Cherpitel C.J., Meyers A.R., Perrine M.W. (1998), "Alcohol consumption, sensation seeking and ski injury: a case-control study", *J Stud Alcohol*, Mar, 59(2): 216-21. PubMed PMID: 9500309.
- (4) Salminen S., Pohjola J., Saarelainen P., Sakki A., Roine R. (1996), "Alcohol as a risk factor for downhill skiing trauma". *J Trauma*, Feb, 40(2): 284-7. PubMed PMID:8637080.
- (5) Röggl G., Röggl H., Frossard M., Röggl M., Wagner A., Laggner A.N. (1994), "Prevalence of alcohol drinking in Alpine skiing", *Acta Med Austriaca*, 21(1): 17-8.
- (6) Barnas C., Miller C.H., Sperner G., Sperner-Unterweger B., Beck E., Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. (1992), "The effects of alcohol and benzodiazepines on the severity of ski accidents", *Acta Psychiatr Scand*, Oct, 86(4): 296-300.
- (7) Sperner G., Barnas C., Miller C., Sperner-Unterweger B., Fleischhacker W.W., Hinterhuber H., Beck E. (1991), "Effect of alcohol and benzodiazepines on the severity of ski accidents", *Sportverletz Sportschaden*, Dec, 5(4): 167-71. German. PubMed PMID: 1686670.
- (8) Gaudio et coll. (2010), "Impact alcohol consumption on winter sports-related injuries", *Medicine, Science and Law*, 50: 122-125.

## Manemos

### Inventario di Situazioni a Rischio.

### Uno strumento per la Prevenzione della Ricaduta del trattamento dell'Alcolismo

Ester Manera\*, Antonio Mosti\*\*

*Niente di più facile di smettere di fumare,  
lo faccio venti volte al giorno!*  
Mark Twain

Gli operatori delle dipendenze patologiche ben sanno quanto importante sia una Ricaduta, in particolare in pazienti astinenti da lungo tempo.

Frustrante e talvolta drammatica è per il paziente, ma tutt'altro che insignificante anche per l'operatore.

Esperienza assai comune è incontrare qualche paziente "ormai guarito" che si ripresenta al Servizio come fosse tornato improvvisamente indietro nel tempo: le stesse modalità di comportamento (magari con uso di una differente sostanza del primo contatto), lo stesso eloquio, talvolta addirittura lo stesso abbigliamento.

E non sa spiegare che cosa è accaduto, che cosa ha innescato "quella voglia di farsi un goccio" o di "fare serata".

A mente fredda ciascun operatore delle dipendenze patologiche afferma che è ovvio che la ricaduta di un paziente anche stabilizzato da anni è un evento che non deve stupire....

\* Psicologa Psicoterapeuta, Formatrice motivazionale, Lovere (BG).

\*\* Medico Psicoterapeuta, Direttore Ser.T Piacenza.

La Ricaduta occupa altresì un posto chiaro nell'ormai celeberrimo modello circolare degli Stadi del Cambiamento di Prochaska e Di Clemente, all'interno del più ampio processo volto al cambiamento di uno stile di vita.

In realtà emerge ancora troppo spesso la difficoltà a non considerare questo evento come un fallimento: ha fallito il paziente che non è riuscito a mantenere l'impegno di mantenere l'astinenza, hanno fallito i familiari che non sono riusciti a mantenere il controllo sul paziente, è fallito il programma terapeutico messo in atto dall'operatore, che talvolta vive la ricaduta come "tradimento della fiducia accordata".

I vissuti dell'operatore sono spesso speculari rispetto a quelli del paziente ricaduto e dei suoi familiari: frustrazione, vergogna, sfiducia, tradimento, delusione.

Un sistema così strutturato intrappola i potenziali attori di un processo di cambiamento in una rete di impliciti (le "speranze" che non accada), di sospetti (non "mi fido"), di pregiudizi (il paziente "è bugiardo e negherà anche l'evidenza") tanto da rischiare di impedirne l'utile sviluppo.

## **Il modello della Prevenzione della Ricaduta (R.P.)**

Così come proposta dagli studi degli ultimi trent'anni (in particolare da Marlatt e Gordon) la "Prevenzione della Ricaduta" è una modalità di approccio di tipo cognitivo-comportamentale al trattamento dell'addiction.

Uno degli obiettivi centrali di tale approccio è quello di preparare il paziente a diventare protagonista della propria terapia, fornendo gli strumenti per poter proseguire il proprio programma terapeutico di "autocontrollo", terminato un percorso di cura "formale".

In sintesi la R.P. si propone di aiutare il paziente ad accrescere la propria competenza rispetto alle proprie potenziali situazioni di rischio di ricaduta, ma anche alla gestione dei rischi per la salute connessi a determinati stili di vita, in particolare all'uso di sostanze.

"La Ricaduta non è solo riprendere a bere, ma è soprattutto tornare al vecchio stile di vita" (V. Hudolin).

Secondo un modello "on-off", spesso più o meno implicitamente diffuso e condiviso tra molti operatori-pazienti-familiari, Ricaduta è, tout court, la violazione della regola dell'astinenza.

Anche il singolo consumo di un bicchiere di alcolico, in un alcolista trattato e astinente viene considerato una ricaduta vera e propria.

Secondo questa prospettiva le possibilità di comprendere ciò che accade e di intervenire al fine di evitare il ritorno a modalità maladattive di funzionamento e comportamento risultano assai scarse.

La proposta di Marlatt e Gordon di vedere la Ricaduta non come un evento puntuale, ma processuale, permette invece di individuarne i diversi passaggi, di analizzarli e di affrontarne le implicazioni nella storia di quel determinato paziente.

In questa prospettiva un rinnovato contatto con la sostanza è considerato uno "scivolone" e questo evento si pone sulla strada del paziente come un bivio: se accettato come tale e analizzato può essere considerato uno stimolo per proseguire lungo la strada del cambiamento positivo, in altro modo si configura esclusivamente come **Il Fallimento!**

Gli Autori parlano di "Antecedenti nascosti della Ricaduta" riferendosi a situazioni apparentemente neutre, ma altresì cariche di significato nella storia tossicomantica per quella data persona, tanto da spingerla a "Decisioni apparentemente irrilevanti" che la esporranno a "Situazioni ad alto rischio" che se non fronteggiate innescheranno e realizzeranno il processo di Ricaduta, passando attraverso l'assunzione della sostanza e "l'Effetto di Violazione dell'Astinenza".

Ecco quindi in estrema sintesi gli step descritti da Marlatt e Gordon fin dal 1985.

Le "Decisioni apparentemente irrilevanti" sono dunque azioni che possono risultare di avvicinamento alla Ricaduta che il soggetto compie inconsapevolmente.

Per esempio un alcolista astinente che un giorno, dopo anni, compra inaspettatamente una bottiglia di vino "da tenere in casa per offrirla a eventuali ospiti"...

Per "Situazione ad Alto Rischio" si deve intendere "qualsiasi situazione in grado di minacciare il senso di controllo che, per esempio, l'alcolista sperimenta durante il periodo di astensione dal bere.

Vengono descritte tre principali situazioni ad "alto rischio" alle quali sono associate quasi il 75% delle Ricadute:

- stati emotivi negativi;
- conflitti interpersonali;
- pressione sociale.

Tuttavia non possono essere non menzionate altre significative situazioni quali:

- stati emotivi positivi;
- condizioni fisiche negative;
- verifica della capacità di controllo personale.

Sembra che ciascuna persona con dipendenza patologica abbia le proprie Situazioni ad Alto Rischio e tendenzialmente ricada sempre in presenza di quelle certe situazioni, che si ripetono.

La mancata gestione della situazione ad alto rischio porta, si è detto, alla prima assunzione della sostanza, (in questo modello "Scivolone" e non ancora Ricaduta). Vi è il rischio di arrivare così al cosiddetto "Effetto di Violazione dell'Astinenza" definito nel lavoro di Marlatt e Gordon come Perdita di controllo, Sensazione di bassa autoefficacia, Sfiducia nella possibilità di orientare il proprio comportamento e il proprio stile di vita.

La persona assume in sé quanto di più negativo "la gente" pensa degli alcolisti: "non ce la farò mai a smettere, tutti gli sforzi per migliorare i rapporti familiari sono svaniti nel bicchiere... tanto vale continuare a bere...".

Ma "il primo bicchiere" provoca anche, per un meccanismo biologico incontrollabile, un'imponente crescita del craving che, associata al crollo dell'autostima, fa rapidamente declinare verso la Ricaduta completa, cioè quello "stile di vita" caratterizzato non solo dall'uso della sostanza, ma anche dai pensieri, dai luoghi, dai comportamenti messi in atto precedentemente nella fase attiva.

## **Manemos: uno Strumento di Autovalutazione per valutare il Rischio e Prevenire la Ricaduta**

Quanto fin qui descritto ha stimolato lo studio per la messa a punto di uno strumento che potesse essere utilizzato sia per lo screening precoce di modalità patologiche di consumo di sostanze, sia come strumento di trattamento clinico per l'individuazione e lo sviluppo di strategie di prevenzione della ricaduta.

Il Questionario "Manemos", disponibile nella versione per alcol, aiuta ad identificare per ciascuna persona a

cui viene somministrato, le situazioni in cui è più probabile che sia presente un consumo della sostanza considerata (individuate a partire dal lavoro precedentemente descritto di Marlatt e Gordon sulle Situazioni ad Alto Rischio di Ricaduta).

Lo strumento, adattato al contesto mediterraneo di consumo alcolico, si ispira alla testistica internazionale nel campo di applicabilità delle tecniche cognitive comportamentali.

È frutto di una ricerca in letteratura ed è già stato testato linguisticamente in italiano, in una prima versione per alcol, con 38 item, su due gruppi uno composto da 20 pazienti e uno da 20 controlli.

Avendo dato indicazione di poter essere un valido sostegno nel lavoro di prevenzione delle ricadute nelle dipendenze patologiche è stato modificato sino alla realizzazione delle attuali versioni.

Al Soggetto si chiede di indicare quanto spesso avvenga l'assunzione di alcol nelle situazioni proposte e dallo scoring delle risposte emerge un profilo di prevalenza di consumo in una o più delle 8 aree specificate. Sono state pensate due versioni dello stesso strumento, una agile (di 8 item) ed una un po' più complessa (di 24 item) che possano essere applicati in diversi contesti con soggetti consumatori e costituiscano la base per una riflessione sulle varie modalità di uso di alcol.

Discriminare tra le varie tipologie di consumo (ricreazionale, sociale, di autocura, di gestione di situazioni emotive o fisiche particolari, ecc), permette di intraprendere per gli individui e/o i gruppi, sia nella prevenzione che nel trattamento, azioni mirate, e quindi più efficaci.

#### **Il test può essere somministrato:**

- via internet, accesso ad un sito dedicato, previa registrazione (fig. 1);
- cartacea.

#### **Tempi di compilazione del Questionario:**

- via internet: Versione Breve: 2 minuti, Versione Lunga: 6 minuti;
- cartacea: Versione Breve: 1 minuto, Versione Lunga: 3 minuti.

#### **Utilizzi del questionario:**

Il questionario nasce per essere utilizzato sia in ambito preventivo che di trattamento.

In Prevenzione una possibile implementazione prevede l'autosomministrazione del questionario accedendo al sito, da cui si ottiene una valutazione del rischio del proprio comportamento di consumo, con consigli rispetto alle situazioni a cui porre la maggior attenzione e i possibili centri a cui rivolgersi per un approfondimento qualora si rilevi la necessità di un invio (Servizi territoriali, Gruppi di auto aiuto, ecc.).

L'operatore della Prevenzione può proporre lo strumento a consumatori per problematizzare l'uso della sostanza e le situazioni in cui viene assunta.

Poter approfondire con i consumatori i significati attesi dagli effetti psicoattivi (sostegno allo stress, gestione e

modulazione delle emozioni, cedimento alla pressione sociale, sostegno a condizioni fisiche negative, ecc.) e conoscere le situazioni in cui sia più probabile che si concentri il consumo, permette di pianificare e attuare piani di intervento mirati allo sviluppo di abilità specifiche (social skills, life skills).

Esempio Area da fronteggiare: Pressioni Sociali. Azione: Rinforzo/sviluppo di Assertività. Oppure: Area da fronteggiare: Gestione dello Stress relazionale. Azione: Intervento di rinforzo all'Autostima.

Per il Trattamento l'operatore propone il questionario a pazienti in trattamento all'interno del lavoro di Prevenzione delle Ricadute per identificare e specificare le modalità di assunzione al fine di sviluppare strategie di fronteggiamento delle situazioni che risultino a maggior rischio di ricaduta.

#### **Come è stato diffuso.**

Al momento attuale ci sono alcune Comunità e alcuni Servizi Ambulatoriali che utilizzano lo strumento sia nella versione breve che in quella completa.

L'utilizzo del Manemos b è soprattutto destinato a situazioni di intervento breve, come ad es. nel caso delle richieste di certificazioni che riguardano l'area patente di guida.

La versione completa è impiegata nel lavoro più lungo e specifico di analisi funzionale del comportamento di uso e per l'approfondimento sia nel lavoro in gruppo che in individuale. Discutere in gruppo e far emergere le varie modalità di consumo, le situazioni comuni, permette alle persone di riconoscersi anche negli aspetti più indicibili, di superare la vergogna e poterne parlare più laicamente, senza giudizi che congelano l'elaborazione. Trattare in questo modo il comportamento di consumo in seduta individuale aiuta a distinguere invece le proprie modalità e caratteristiche specifiche.

Queste diventano quindi la base per sviluppare degli interventi altamente individualizzati che abbiano come

Fig. 1



contenuto le strategie di fronteggiamento che quella persona si sentirà in grado di sperimentare e attuare.

Corsi di formazione su questo tema hanno alimentato l'interesse nei confronti di un questionario dall'utilizzo flessibile e direttamente fruibile dai pazienti con cui si stabiliscono come obiettivi l'analisi e l'approfondimento degli aspetti legati alle ricadute.

È possibile collegarsi al sito (fig. 1) e nell'apposita sezione trovare una pagina dedicata al Manemos in cui è possibile scaricare il file del questionario (in formato PDF fig. 2) o eseguirlo direttamente on line con la restituzione immediata dello scoring e del grafico dei punteggi per l'interpretazione più immediata (fig. 3).

Questo sistema permette inoltre di raccogliere i dati di Servizi anche molto distanti fra loro che utilizzano un'impostazione simile per approfondire questi aspetti.

### ***I primi risultati***

Da una prima elaborazione di 75 questionari raccolti nel corso del 2010-2011 emerge la possibilità di alcune riflessioni inattese.

È possibile che questo stesso strumento permetta di registrare e specificare 3 grandi aree di consumo che possiamo mettere in relazione, insieme all'osservazione clinica e ad altri strumenti diagnostici, non solo con la dipendenza, ma più in generale con il funzionamento psicopatologico della persona.

Si evidenziano 3 insiemi sovrapponibili e per alcuni soggetti completamente sovrapposti, di modalità di utilizzo che possono evolvere nel tempo l'uno nell'altro o manifestarsi immediatamente contemporanei e paralleli.

La prima area è quella identificata da Pressioni Sociali, Occasioni e dal Craving attivato da cues esterni.

È il momento del consumo attivato e sostenuto dall'ambiente esterno, dall'uso della sostanza perché c'è, perché la offrono, per stare in compagnia, dell'alcol che si accompagna al cibo in maniera indistinta.

In quest'area è difficile anche poter distinguere un consumo sociale da uno patologico.

L'area successiva può essere definita la Ricerca del Benessere, l'essere "Su di Giri": in questo caso l'uso è associato al senso di benessere causato dall'azione chimica della sostanza o come complemento di uno star bene già di per sé presente.

Le frasi tipiche sono: "Quanto sto bene quando ho bevuto un po'!!!" (ovvero come mi sento rilassato, leggero, spiritoso, senza pensieri...) e può anche manifestarsi come "Sto così bene che bere è la ciliegina sulla Torta!".

In questa situazione l'alcol è già un supporto, un sostegno, un complemento: è già una presenza importante.

L'ultima area riguarda la modalità dell'Autocura.

Qui l'alcol è utilizzato chiaramente come farmaco.

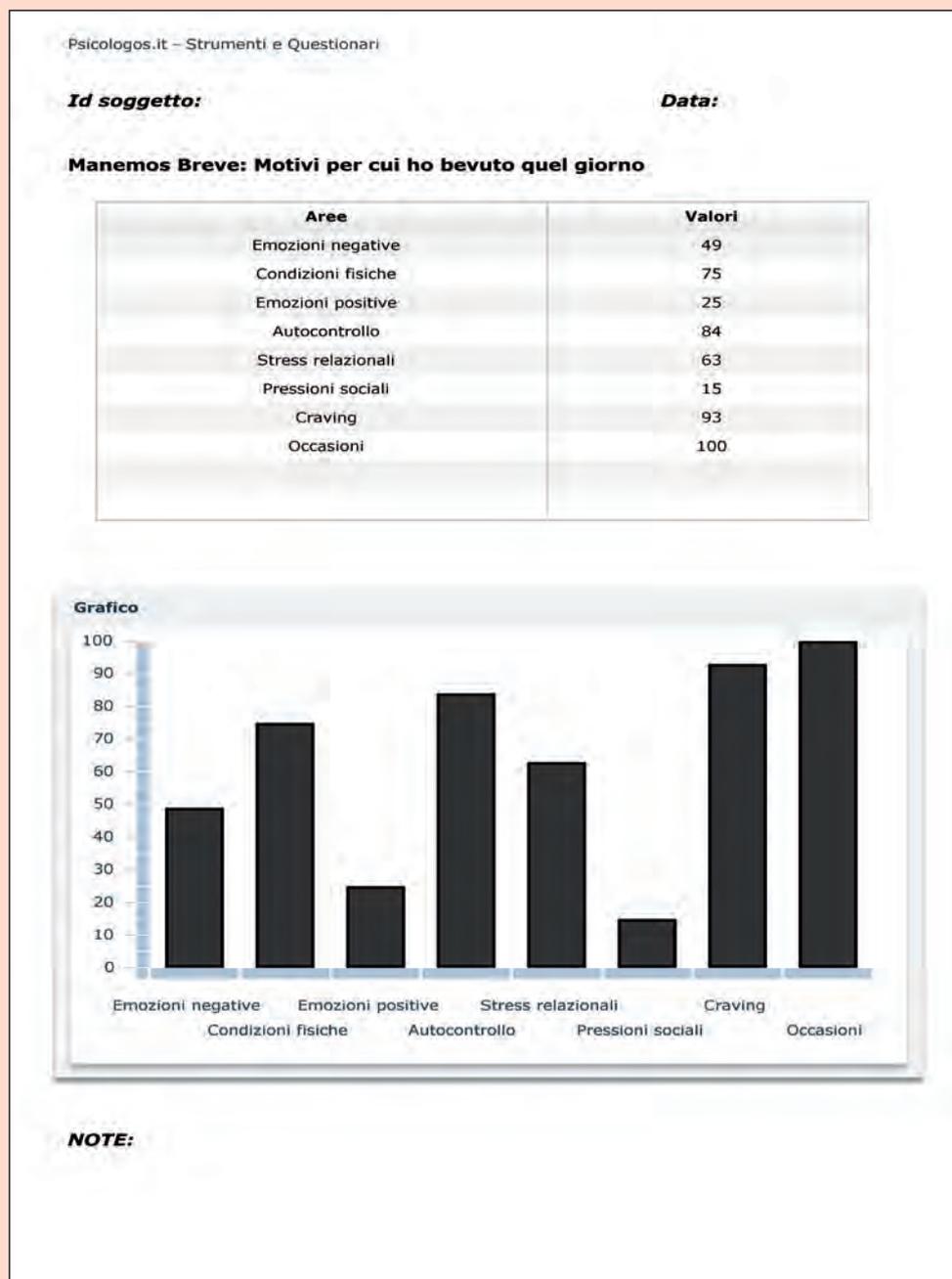
Si utilizza per alleviare la percezione del dolore sia fisico (compreso quello dovuto all'astinenza stessa) che emotivo.

Siamo nello spazio del "Bevo per non stare male, perché mi fa sentire meno ansioso, meno deluso, mi permette di sostenere le fatiche del vivere, le aspettative altrui, bevo e così mi proteggo dall'Angoscia.

Fig. 2 - MANEMOS: [www.psicologos.it](http://www.psicologos.it). Per info: [ester.manera@psicologos.it](mailto:ester.manera@psicologos.it)

COGNOME E NOME: _____	data: _____
<b>MANEMOS</b> <b><u>Inventario di Situazioni Trigger</u></b>	
<p>Il questionario consiste nella descrizione di 24 situazioni o eventi in cui le persone consumano alcol. L'obiettivo è quello di identificare le Sue principali Situazioni a Rischio, per poterle meglio fronteggiare, facendo riferimento al periodo in cui beveva. Indichi con un segno sulla riga orizzontale quanto è a rischio di bere in quella specifica situazione, tenendo come riferimento che l'estremo sinistro equivale a <b>Non sono per niente a rischio</b> e l'estremo destro <b>Sono molto a rischio</b> di bere in quella situazione.</p>	
<b>Sono a rischio di bere quando.....</b>	
<b>1. Mi sento ansioso per qualcosa</b>	
Per niente a rischio _____	Molto a rischio
<b>2. Vado a pranzo o a cena fuori</b>	
Per niente a rischio _____	Molto a rischio

Fig. 3 - Scoring e grafico



In questo utilizzo il Manemos aiuta nel processo diagnostico, anche se ulteriori ricerche in quest'ambito saranno necessarie per sviluppare le implicazioni che ne derivano.

**Prospettive di impiego e altri sviluppi**

È chiaramente evidente a chi si occupa di prevenzione della ricaduta che l'alcol è solo una delle sostanze di cui parlare nel corso di un trattamento.

I comportamenti in cui si possono esprimere le difficoltà e i bisogni e le strategie che le persone mettono in atto, sono vari, pressoché infiniti e si attuano con determinate specificità in ogni individuo.

Partendo dall'approccio della Prevenzione della Ricaduta è però sempre possibile analizzare gli aspetti comuni alle persone a identificarli, per meglio fronteggiarli. Anche i comportamenti additivi hanno in sé aspetti specifici: stiamo sviluppando la versione del Manemos per il fumo di tabacco, che permette di sostenere il lavoro di disassuefazione tenendo conto dei gesti, delle abitudini e di diversi cues che ad esempio innescano il craving. La versione per altre sostanze tiene conto anche degli aspetti di illegalità e trasgressione del consumo, e quindi risulta fondamentale lo studio preliminare che viene condotto per meglio definire anche l'area culturale di quello specifico comportamento.

## Bibliografia

- Aa.Vv. (1996), "Perspectives on Precipitants of Relapse", dec., supplemento ad *Addiction*, vol. 91.
- Annis H.M., Herie M.A., Watik-Mered L. (1996), *Structured Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach*, Toronto ON Addiction Research Foundation.
- Block J.H., Block J. (1980), "The role of ego-control and ego resiliency in the organization of behavior", in Collins W.A. (ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology*, vol. 13: 39-101, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Bonvin N., *Tecniche di prevenzione delle ricadute*. ? 2 vol., Lausanne Edizioni Fondazione Ling.
- Brady K.T., Sonne S.C. (1999), "The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse", *Alcohol Res Health*, 23, 4: 263-71.
- Carrol K.M. (2001), *Trattamento della dipendenza da cocaina*, Centro scientifico Editore, Torino.
- Cibin M., Hinnenthl II, Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001), "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico", *Bollettino sulle Dipendenze*, 1.
- Cyrułnik B. (2005), "Prefazione", in Malaguti E., *Educarsi alla resilienza*, Erickson, Trento, pp. 9-14.
- Connors G.J., Maisto S.A., Donovan D.M. (1996), "Conceptualizzazioni di relapse: a summary of psychological and psychobiological models", *Addiction*, 91 (suppl.): 5-13.
- Donovan D.M., Marlatt A.G. (ed.) (2005), *Assessment of addictive Behavior*, New York, The Guilford Press, second edition, cap. 1 e 5.
- Galimberti U. (2003), *Seguite il vostro cuore la bussola è nei sentimenti*. Tratto da "la Repubblica", 24 febbraio.
- Haggerty R.J., Sherrod L.R., Garmezy N., Rutter M. (1996), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Higgins S.T., Heil S.H. (2006), "Principi dell'apprendimento nello studio e nel trattamento dell'abuso di sostanze", in Galanter M., Kleber H.D. (ed.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 2ª ed., pp. 119-126.
- Hudolin V., *Alcol, problemi alcolcorrelati ed ecologia sociale*, [www.alcoholnet.net/Manuale%20Club/la\\_ricaduta.htm](http://www.alcoholnet.net/Manuale%20Club/la_ricaduta.htm).
- Kelly G.A. (1955), *La psicologia dei costrutti personali*, Raffaello Cortina.
- Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt A.G. (1999), "Relapse Prevention. An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model", *Alcohol Research & Health*, vol. 23, n. 2.
- Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. (1999), "An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model", *Alcohol Research & Health*, vol. 23, n. 2, pp. 151-160.
- Linehan M.M. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*, Raffaello Cortina.
- Litt M.D., Cooney N.L., Morse P. (2000), "Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics", *Addiction*, 95, 6: 889-900.
- Luthar S., Cecchetti D., Becker B. (2000), "The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work", *Child Development*, 71(3): 543-562.
- Malaguti E. (2005), *Educarsi alla resilienza*, Erickson, Trento.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985), *Relapse prevention*, Guilford, New York.
- Marlatt G.A. (1996), "Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model", *Addiction*, 91 Suppl: S37-49.
- Marlatt A.G., Donovan D.A. (ed.) (2005), *Relapse Prevention - Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, The Guilford Press, New York, cap. 1 e 5.
- Marlatt A.G., Barrett K.B. (1998), "Prevenzione delle ricadute", in Galanterie M., Kleber H.D. (ed.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, pp. 313-328.
- Marlatt A.G., Parks G.A., Witkiewitz K. (2002), "Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy", A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, Chesnut Health System, Bloomington and The University of Chicago Center for psychiatric Rehabilitation.
- Masten A. (2001), "Ordinary magic: Resilience processes in development", *American Psychologist*, 56(3): 227-238.
- Olsson C.A. et al. (2003), "Adolescent resilience: A concept analysis", *Journal of Adolescence*, 26: 1-11.
- Preston K.L. et al. (2003), "Cognitive-Behavioral Therapy Plus Contingency Management for Cocaine Use: Findings During Treatment and Across 12-Month Follow-Up", *Psychology of Addictive Behavior*, vol. 17: 73-82.
- Putton A., Fortugno M. (2006), *Che cos'è la resilienza e come svilupparla*, Carocci, Roma.
- Rutter M. (2007), Resilience, competence and coping, *Child Abuse & Neglect*, 31: 205-209.
- Sierra S. et al. (2006), "Contingency Management Treatments: Reinforcing Abstinence Versus Adherence With Goal-Related Activities", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 3: 592-601.
- Werner E. (1992), "Resilience in development", *Current Directions in Psychological Science*, 3: 81-85.
- Verheul R., van den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol", *Alcohol Alcohol*, Mar-Apr, 34(2): 197-222.

# I Giocatori sono come gli Alcolisti?

## Individuazione e trattamento del GAP in un Programma residenziale breve

Serena Vanini\*, Stefano Convento\*, Elisa Sgualdini\*, Ina Hinnenthal\*\*, Mauro Cibirin\*\*\*

Nella terza edizione del DSM, l'American Psychiatric Association ha introdotto il concetto di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) inquadrandolo come una nuova categoria diagnostica e, quindi, come disturbo mentale a sé stante.

Venne così riconosciuto ufficialmente il Pathological Gambling e classificato all'interno della sezione comprendente i "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove", ossia quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa.

Tuttavia l'inquadramento del Gambling tra i disturbi del controllo degli impulsi, pur avendo permesso agli addetti ai lavori di iniziare a trattarlo come patologia vera e propria, ha lasciato inesplorate alcune sue peculiarità che progressivamente hanno rivelato analogie con le Dipendenze da Sostanze, con le quali il gioco d'azzardo si intreccia frequentemente.

Ben 8 dei 10 criteri diagnostici individuati per le tossicodipendenze descritti nel DSM IV (APA, 1994) si ritrovano puntualmente anche nel GAP, con la sola esclusione del "rincorrere le perdite" e del "dissesto finanziario", caratteristiche del Gioco d'Azzardo anche se non estranee alla fenomenologia del tossicodipendente.

Ricerche epidemiologiche e cliniche dimostrano che una percentuale rilevante anche se variabile di giocatori problematici (tra il 30% e il 60%) presenta un contemporaneo abuso e/o dipendenza da altre sostanze (alcol, sostanze psicoattive).

Viceversa è pur vero che la presenza di Gioco d'Azzardo Patologico è più frequente in soggetti dipendenti da alcol e/o sostanze stupefacenti (Bellio, 2005).

Si incontra spesso inoltre, nella pratica clinica, l'esperienza dell'intercambiabilità o sostituzione dell'oggetto di dipendenza.

Frequentemente i soggetti giocatori hanno avuto pregresse esperienze additive con sostanze stupefacenti, in particolar modo con oppiacei.

Un ultimo rilevante elemento che avvicina il GAP alla dipendenza patologica è la concomitante presenza di disturbi psichici sia secondari che primari come distur-

bi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di tipo impulsivo (personalità borderline, antisociale, deficit d'attenzione e iperattività) (Zerbetto, Versaci, 2010).

### Residenzialità e trattamento del GAP

Se è vero che il panorama della cura delle dipendenze italiano offre molte possibilità sia ambulatoriali che residenziali per il trattamento delle Dipendenze, sono carenti le strutture e le risorse per il trattamento di altre patologie che condividono molte caratteristiche delle Dipendenze da sostanze ma che si diversificano da esse a livello fenomenico come il gioco d'azzardo, la sex addiction, la cyber addiction, ecc.

Villa Soranzo ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)) è una Comunità Terapeutica breve nata dalla collaborazione tra un soggetto sanitario pubblico (Az. Ulss 13 del Veneto) ed una azienda del privato sociale (Ceis don Milani).

Villa Soranzo accoglie pazienti con Dipendenza da alcol e cocaina.

Le caratteristiche di Villa Soranzo fanno sì che sia alta la presenza di soggetti con problemi legati ad entrambe le sostanze, in particolare di tipo I secondo la tipologia di Cloninger (Cibirin M. *et al.*, 2009; Cibirin M. *et al.*, 2010b).

Da qualche anno vi è una crescente richiesta di trattamento di pazienti che presentano una più o meno conclamata dipendenza da gioco d'azzardo nella maggior parte dei casi in associazione all'abuso e/o alla dipendenza da alcol e/o cocaina.

Le riflessioni teoriche circa l'apparentamento del GAP ai disturbi da uso di sostanza come dipendenza comportamentale ci ha condotto ad accettare la "sfida" e provare a elaborare un piano di intervento che permettesse di utilizzare lo strumento terapeutico residenziale anche per questa patologia.

### Scopi del presente lavoro

1. valutare la prevalenza di giocatori problematici tra i pazienti di Villa Soranzo;
2. indagare la relazione esistente tra GAP ed esito del trattamento terapeutico residenziale formulando ipotesi cliniche rispetto alla frequenza di drop-out nei giocatori;
3. individuare direzioni future per migliorare e ampliare l'intervento terapeutico con i giocatori.

\* CT. Villa Soranzo, Tessera Venezia.

\*\* DSM Integrato, UO Alcolologia, Imperia.

\*\*\* Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia.

## **Materiali e metodi**

È stato utilizzato come strumento di indagine il South Oaks Gambling Screen (SOGS), questionario steso da H.R. Leiseur & S.B. Blume (1987), lo strumento più noto per la rilevazione del gioco patologico.

Dal test emerge un punteggio che distingue tra giocatore sociale (punti 0), giocatore problematico (punti 1-4) e giocatore d'azzardo patologico (punti  $\geq 5$ ).

Nella valutazione dei risultati abbiamo accorpato i giocatori a rischio e quelli patologici nell'unica categoria di "giocatori problematici".

Il limite di questo strumento è la sovrastima del numero di giocatori eccessivi.

D'altro canto una fase di studio preliminare come il nostro permette di ottenere velocemente informazioni rispetto a poche aree tematiche inerenti la problematica del gioco agevolando l'indagine del fenomeno e una prima definizione delle sue caratteristiche.

## **Risultati**

Abbiamo somministrato il test a tutti gli utenti accolti presso la nostra struttura nella fase di accoglienza dal marzo del 2010 a oggi (n. 191).

Su 191 soggetti a cui è stato somministrato il SOGS, 43 (22.5%) sono risultati giocatori problematici.

Di questi 40 (93%) sono di sesso maschile.

Dai risultati sull'associazione tra gioco e altre sostanze emerge che 14 persone (32%) hanno una concomitante dipendenza da alcol, 15 (35%) da cocaina e 12 (28%) da alcol e cocaina associate. Per quanto riguarda l'età si nota che l'84% dei soggetti problematici ha un'età superiore ai 30 anni e con una prevalenza di comorbidità attuale con alcol e nel 40% di questi una pregressa dipendenza da eroina.

La problematica legata al gioco d'azzardo era stata segnalata dai servizi invianti (Ser.T, CIM, Enti e/o Professionisti del Privato Sociale) solamente rispetto a 12 soggetti (28%), mentre nei restanti 31 casi (72%) è stata individuata solo a seguito della somministrazione del SOGS all'arrivo in Comunità.

È stato poi ulteriormente indagato il dato riguardante l'esito del percorso terapeutico dei pazienti giocatori. Su 43 pazienti individuati come problematici ben 16 (37.2%) hanno concluso il percorso terapeutico comunitario con un drop-out.

Nella popolazione non problematica la percentuale di drop-out scende al 20% (consideriamo drop-out l'abbandono volontario dell'utente, l'allontanamento dalla struttura o l'invio ad altra struttura per incompatibilità).

## **Discussione**

### **1. Individuazione dei Giocatori Patologici**

Il nostro studio conferma i dati relativi alla frequente concomitanza di polidipendenza in soggetti problematici rispetto al Gioco d'Azzardo Patologico presenti in letteratura.

Nella maggior parte dei casi tale situazione non era stata individuata dai Servizi invianti sia per una tendenza alla svalutazione da parte degli utenti sia per una scarsa considerazione della problematica del gioco da parte dei curanti nonostante i dati dimostrino che nella maggioranza dei soggetti che si rivolgono ai servizi territoriali per le dipendenze (Ser.T) sia presente anche una predisposizione alla dipendenza da gioco.

Uno studio italiano indica come il 29% degli alcolisti in un programma ambulatoriale di trattamento siano "giocatori problematici"; questi ultimi presentano segni di sofferenza psichica maggiore degli alcolisti-non GAP (Peron C. *et al.*, 2002).

In un altro recente studio la percentuale di Giocatori problematici tra i soggetti afferenti ad un Servizio per le Dipendenze del Nord Italia è del 27% (Garuti C., 2011). I pazienti riferiscono spesso che non hanno mai menzionato il comportamento di gioco ai servizi in quanto non lo ritenevano problematico; d'altra parte in numerosi casi l'area del gioco non è stata attivamente indagata in sede diagnostica.

Questa situazione comporta che la maggior parte dei soggetti da noi individuati col SOGS presenti un atteggiamento precontemplativo rispetto al problema: da qui la necessità di effettuare preliminarmente un intervento informativo e motivazionale individuale per permettere loro una graduale elaborazione della problematica e sentirsi poi attivi nel proprio progetto di cura (Prochaska J.O., Di Clemente C.C., 1982).

### **2. Il giocatore in Comunità**

Dall'esperienza con pazienti dipendenti da gioco possiamo provare a sintetizzare una specie di identikit del giocatore e delle sue peculiarità, nonché, di conseguenza, delle caratteristiche specifiche dell'intervento terapeutico ad esso dedicato.

Ciò permette di approfondire il funzionamento del giocatore all'interno del contesto comunitario, che per alcuni aspetti si avvicina al funzionamento del tossicodipendente e per altri si riserva caratteristiche del tutto peculiari.

"Il primo periodo in comunità di solito è caratterizzato da uno stato di attivazione ansiogena, con sbalzi d'umore piuttosto repentini, forte irascibilità e nervosismo, tendenza alla trasgressione e all'opposizione non solo delle regole comunitarie o dell'operato degli addetti ai lavori ma anche verso la maggior parte dei compagni di percorso" (M. Florido e M.L. Spagnolo, 2009).

Sono frequenti le alterazioni del ritmo sonno veglia e disturbi dell'alimentazione.

Questo è dovuto al fatto che il giocatore attraversa una vera e propria fase di astinenza da gioco ma, a differenza dei tossicodipendenti e/ o alcolisti, non è in grado di leggere questi segnali psicofisici come collegati all'assenza dell'attività di gioco.

Imputa più frequentemente invece questi malesseri alla comunità, alla sua difficoltà di inserimento data la sua diversità di dipendenza.

È molto frequente notare infatti come il giocatore si autoescluda dal resto del gruppo, o in altri termini si elevi a un livello di isolamento, adducendo come spiegazione l'impossibilità da parte degli altri utenti di comprenderne i vissuti a causa della diversa "sostanza" utilizzata.

Questo non solo spiega l'elevato grado di drop-out nel primo periodo di permanenza in struttura ma anche mette in luce in diretta il funzionamento "antisociale" e "borderline" che caratterizza prevalentemente il giocatore.

Mettere gli altri nella condizione di impotenza davanti al proprio disagio, allontanarli con scatti di nervosismo o aperte provocazioni conferma l'anticipazione della propria diversità e mette il giocatore nella posizione di isolamento che gli è tra le altre cose più congeniale per giustificare il ricorso al gioco: "non mi capiscono, non mi accettano".

Il superamento di questa fase richiede da parte delle figure di cura una grande comprensione della patologia del gioco e una pazienza non indifferente.

Questo tipo di atteggiamento muove infatti nello staff un contro-transfert di difficile gestione, essendo l'atteggiamento dell'utente di grande opposizione nei confronti delle cure e di provocazione rispetto all'effettiva utilità del programma terapeutico.

La difesa della propria fragilità e l'ammissione di necessitare di cure passa attraverso una grande arroganza, atteggiamenti di squalifica verso il legame di cura e gli aspetti centrali del lavoro in comunità.

Potremmo dire che il primo periodo di permanenza del giocatore in comunità viene "giocato" sulla resistenza allo sfinimento.

Il lavoro terapeutico si snoda su confini molto sottili e fragili dove l'aggancio alla relazione terapeutica deve passare attraverso il rinforzo delle risorse della persona e sottilmente rimandi allo stesso tempo aspetti meno funzionali del proprio sé.

Il giocatore, superata questa fase, rientra in una dimensione di maggior benessere favorita anche dal fatto che molto spesso non percepisce craving né credenze collegate al gioco se non in presenza di stimoli attivatori, detti trigger, a differenza degli altri utenti che sono sensibili al desiderio della sostanza molto più a lungo anche attraverso sogni o di fronte a molti oggetti che richiamano l'uso della sostanza stessa.

Il giocatore ha una forte tendenza alla razionalizzazione e alla distacco dalla propria sfera emotiva.

Le relazioni con le emozioni sono spesso governate da un funzionamento di tipo "borderline" pur non essendo spesso diagnosticati come personalità di questo tipo.

Altro aspetto caratteristico del giocatore è l'impulsività, che tra l'altro è indice sia di gravità della patologia (Bla-

szczynski A., 2000), che di una difficoltà di controllo emotivo proprio del funzionamento borderline.

Ritornando al giocatore in Comunità, esso manifesta impulsività spesso con agiti che sono diretti al legame di cura e al rapporto coi pari, mettendo in luce una grande difficoltà nel costruire una vicinanza emotiva con la figura di cura di riferimento sia con il vissuto degli altri utenti.

L'esperienza di cura e trattamento con pazienti dipendenti da gioco apre per Villa Soranzo una nuova sfida perché, mentre la maggior parte della propria modalità di intervento risulta funzionale anche al giocatore, d'altra parte si vede la necessità di definire un intervento specifico per soli giocatori.

### 3. Il Gioco e le Sostanze

Un aspetto fondamentale nell'approccio al giocatore con concomitanti problemi di alcol/cocaina è la definizione del proprio "circuito" sostanze/gioco, allo scopo di individuare personali strategie di fronteggiamento (Cibin *et al.*, 2010a).

È a nostro parere assai interessante l'esame delle relazioni emerse tra gioco problematico e sostanze psicoattive. Le situazioni riscontrate sono:

1. vera e propria "dipendenza multipla" da alcol e/o cocaina e gioco, nella quale è molto difficile cogliere la sostanza/comportamento primario;
2. dipendenza da una delle sostanze/comportamento, mentre l'altra funziona da "apripista" per la ricaduta;
3. ad esempio alcuni soggetti con GAP utilizzano il gioco come "eccitante e attivatore" e associano l'uso di cocaina per potenziare la concentrazione e resistere alla stanchezza psicofisica dovuta all'attività incessante del gioco;
4. uso di alcol per "abbassare l'effetto" dell'attivazione dovuta al gioco e gestire l'ansia ad esso connesso; in queste situazioni è frequente anche l'uso associato di benzodiazepine allo stesso scopo.

È evidente l'analogia con quanto accade per il circuito alcol/cocaina (Cibin M. *et al.*, 2010a), situazione in cui la sospensione di una delle due sostanze (più frequentemente l'alcol) provoca l'astensione anche dall'altra.

Anche nelle situazioni riportate sembra che il gioco crei un circuito di automantenimento dell'uso di sostanze (e viceversa) la cui interruzione può essere vincente ai fini dell'esito del trattamento: un ulteriore studio è in corso con l'obiettivo di validare questa ipotesi.

### 4. Il gruppo dei giocatori

Una volta individuati i giocatori problematici, si è reso necessario avviare un percorso specifico per soli giocatori. Abbiamo così strutturato un gruppo terapeutico-educativo settimanale per giocatori in cui si dà largo spazio alla condivisione delle proprie esperienze di giocatori ma anche all'approfondimento delle strategie di fron-

teggimento del craving e di gestione delle situazioni di rischio (Vanini S., 2011).

Il gruppo si è dimostrato molto eterogeneo per quanto riguarda lo stadio di motivazione al cambiamento di chi lo frequenta (Prochaska J.O. e Di Clemente, 1982; Cibin M., Hinnenthal I., 2011).

Abbiamo infatti constatato come la maggior parte dei partecipanti, essendo stata individuata come a rischio rispetto al tema del gioco solamente all'arrivo in comunità, manifesti un atteggiamento "precontemplativo" nei confronti del gioco.

Chi invece aveva già in precedenza una maggiore consapevolezza del problema e lo aveva affrontato anche in sede ambulatoriale si dimostra in "fase di azione" rispetto al tema del gioco.

Il lavoro di tipo motivazionale tiene conto che la crescita della motivazione va di pari passo con la sensazione di potercela fare ed è invece inversamente proporzionale all'illusione di farcela legata al pensiero magico tipico del giocatore.

Il primo obiettivo del gruppo è quello dunque di utilizzare la testimonianza dei giocatori più "esperti" per muovere verso una fase di "contemplazione" i giocatori meno consapevoli.

Si è dimostrata di fondamentale importanza una parte informativa rispetto a cosa sia il gioco, quali i sintomi fisici, psichici e sociali della dipendenza da gioco attraverso delle presentazioni strutturate come lezioni teorico-seminariali sull'argomento.

La presenza di questo gruppo specifico ha permesso di rispondere a un'esigenza molto forte di appartenenza: è infatti un tema centrale del giocatore in Comunità quello di sentirsi e percepirsi diverso dagli altri utenti.

Il gioco in effetti è una droga invisibile, "non si assume e non fa male al corpo", dicono spesso gli altri utenti dipendenti da sostanze "vere".

La sensibilizzazione al tema del gioco permette un miglior inserimento di questi pazienti nel tessuto comunitario.

Un altro tema di fondamentale importanza emerso dall'esperienza con il trattamento di giocatori è la gestione del denaro.

Per tutte le persone in comunità l'uso del denaro viene controllato dagli operatori e non viene consentita una gestione totalmente autonoma di alcuna somma.

Con il trattamento con cocainomani e/o alcolisti la gestione di piccole somme non rappresenta uno stimolo particolarmente potente per attivare craving e/o condotte di abuso.

Il denaro in questi casi può rappresentare un mezzo per arrivare alla sostanza ma non è investito di particolari significati.

Per il giocatore il denaro rappresenta esso stesso la sostanza e non il mezzo per ottenerla; investito di significati profondi il denaro rappresenta lo stimolo "grilletto" più pericoloso.

Un nostro utente che durante un gruppo di prevenzione della ricaduta in cui si affrontava il tema della richiesta d'aiuto non riusciva a scollegare la parola "aiuto" da "denaro".

Nella sua esperienza personale di giocatore "chiedere aiuto" significava avere un prestito di denaro e ricevere aiuto voleva dire poter continuare a giocare.

Nel lavoro con i giocatori diviene allora di fondamentale importanza controllare l'uso del denaro cercando di costruire nuovi significati ad esso associati.

Per questo il gruppo di giocatori rappresenta uno strumento molto importante perché è ad esso che viene affidata la rendicontazione delle entrate e uscite di denaro di chi vi partecipa con la supervisione di un operatore, che in questo momento è il conduttore del gruppo.

Diviene allora responsabilità degli ospiti osservarsi nel ruolo di co-tutori e darsi una mano a far "quadrare i conti".

Il monitoraggio del denaro rappresenta inoltre l'unico elemento di cui la Comunità dispone per verificare eventuali ricadute.

Laddove test delle urine ed etilometria permettono immediatamente di poter intervenire con un cocainomane o un alcolista, il giocatore può essere intercettato solamente tramite il controllo del denaro.

Il gruppo dei pari diventa centrale poiché migliore è la sua qualità relazionale e l'investimento fatto su e per esso, tanto maggiore sarà la protezione reciproca nelle uscite, la gestione di eventuali situazioni di rischio e la possibilità di utilizzare la propria esperienza personale per comprendere il vissuto del compagno ed aiutare anche ad ammettere eventuali difficoltà e ricadute.

Durante uno degli ultimi gruppi il clima di calore e condivisione creatosi, il non giudizio verso le problematiche presentate ha permesso a una partecipante di ammettere che la settimana precedente aveva scommesso tre euro in una macchinetta e parlare della sua difficoltà di accettare questa dipendenza e le cure ad essa connessa (gestione del denaro).

Il gruppo si è dimostrato tollerante e disponibile ad aiutare nelle prossime uscite nonché a dare grande spazio alla condivisione di vissuti di vergogna e colpa associati alla ricaduta e alla negazione della stessa al gruppo.

Ciò ha aperto il tema della ricaduta nel gruppo e la comprensione di quanto sia importante condividere e affrontare per elaborare nuove strategie di fronteggiamento invece che nascondere e non dire, atteggiamento questo che fa ri-precipitare in modalità comportamentali e di pensiero assolutamente antiterapeutiche.

## **5. Esito del trattamento**

Un altro dato che richiede considerazione è la correlazione tra dipendenza da gioco ed esito del percorso terapeutico.

Il fatto che il numero di drop - out in pazienti dipendenti da alcol e/o cocaina e gioco sia significativamente

più alto che nei soggetti dipendenti da alcol e/o cocaina pone qualche interrogativo.

Un'ipotesi riguarda il fatto che la residenzialità faccia emergere tratti di personalità impulsivi e antisociali tali da rendere difficile la gestione della pressione terapeutica e della convivenza in gruppo, elemento questo che rappresenta una forte sollecitazione emotiva.

Inoltre la presenza di una polidipendenza potrebbe essere in relazione con una situazione psicologica personale maggiormente compromessa, situazione questa che potrebbe richiedere un intervento prevalentemente orientato al versante psichiatrico anziché al trattamento della dipendenza.

Infine la scarsa tempestività nella diagnosi del disturbo potrebbe influire negativamente sulla capacità elaborativa del paziente rispetto alla propria problematica.

In questo senso il lavoro residenziale rischia di creare una frattura interiore molto elevata a fronte di una scarsa autoefficacia, ingenerando un processo di chiusura e di abbandono della struttura o di messa in atto di comportamenti in aperto contrasto al sistema comunitario (Di Clemente, 1994).

In accordo con le ricerche condotte da Blaszczynski (2000) su giocatori patologici, attraverso un'attenta analisi si possono individuare varie tipologie di giocatori.

Elevati drop-out in contesto residenziale potrebbero riferirsi a quelli che l'autore definisce "giocatori con correlati biologici", ossia pazienti mossi da impulsività e deficit attentivi nella maggior parte dei casi precedenti al GAP; presenza di forti fattori di vulnerabilità (depressione, ansia, dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga, comportamenti di aggressività passiva); soggetti dove il gioco è mirato alla fuga da stati emotivi attraverso la dissociazione, l'alterazione dell'umore e un restringimento dell'attenzione.

È proprio per queste caratteristiche che tali pazienti approdano più frequentemente al percorso residenziale: l'alta impulsività e la difficoltà nella gestione dei vissuti emotivi sono difficili da trattare a livello ambulatoriale.

### **Conclusioni**

Il gioco d'azzardo problematico è in crescita nelle nostre realtà sia come situazione "primitiva" sia in associazione con l'uso di sostanze.

Quest'ultima situazione appare sottovalutata: la semplice somministrazione del test SOGS ha permesso la identificazione tra i pazienti in trattamento presso la CT Villa Soranzo di un consistente numero di soggetti con Gioco problematico, che sono stati inseriti in un programma specifico in aggiunta al normale trattamento residenziale della Dipendenza da Alcol/Cocaina.

La presente ricerca indica che:

- vi è una importante comorbidità tra dipendenza da alcol/cocaina e gioco problematico, per lo più sottovalutata all'atto dell'inserimento in comunità;
- il trattamento del giocatore d'azzardo problematico pone degli interrogativi al trattamento residenziale.

Il gambler infatti sembra rispondere in modo meno efficace al trattamento residenziale rispetto al dipendente da alcol e/o cocaina: ulteriori studi sono tuttavia necessari per confermare i nostri dati preliminari;

- il trattamento residenziale del gambler richiede una specificità di interventi diagnostico/terapeutici.

Nei pazienti con dipendenza da alcol/cocaina la compresenza di gioco problematico è dunque sempre da valutare, anche allo scopo di indirizzarli a trattamenti residenziali che includano un intervento specifico.

Risulta a questo punto di primario interesse approfondire l'analisi testistica e diagnostica del Giocatore d'Azzardo Patologico al fine di affinare un progetto terapeutico che renda il più percorribile possibile il trattamento residenziale e che permetta di identificare con maggior specificità le varie tipologie di giocatori per poter approntare interventi mirati ed efficaci.

Data la portata del tema del gioco nel nostro attuale panorama territoriale si può anticipare che quello del gioco sarà un problema a larga e veloce diffusione.

Ipotizzare di integrare l'attuale intervento con una sezione dedicata a questo disturbo specifico ci mette nelle condizioni di poter concorrere alle richieste d'aiuto che provengono dai servizi e dai privati e che sempre più spesso propongono questo tipo di target.

È di fondamentale importanza specificare la propria formazione teorica e clinica in questa direzione, essendo quello del giocatore un piano di intervento clinico per molti aspetti assolutamente sconosciuto.

### **Bibliografia**

APA, American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4th Ed.), American Psychiatric Association, Washington, Dc.

Bellio G. (2010), "Attualità in tema di trattamento farmacologico del giocatore d'azzardo patologico", *Medicina delle Tossicodipendenze*, XVIII: 66.

Bellio G. (2005), "Gioco d'Azzardo Patologico e Altre", *Noumen*, 14, 33 - dicembre.

Blaszczynski A. (2000), "Pathways to Pathological gambling: identifying typologies", *Electronic Journal of Gambling Issues*, March.

Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E. (2009), "I programmi residenziali brevi", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 65: 39-46, Dic.

- Cibin M., Gallo S., Spolaor G., Bettamin S., Costa S., Lugato E., Hinnenthal I. (2010a), "Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale Breve 'Villa Soranzo'", *Mission*, 29: 18-24.
- Cibin M., Jester A., Leonardini L., Lugato E., Papanastatos G. (2010b), *Transnational Catalogue of intervention options for young polydrug users*, E.U. Executive Agency for health and Consumers, Bruxelles (www.seid-project.eu).
- Cibin M., Hinnenthal I. (2011), "Il punto di vista del paziente come elemento diagnostico e terapeutico: la 'rivoluzione motivazionale' in Comunità Terapeutica", *MDD - Medicina delle Dipendenza*, 1, 2: 25-34.
- Di Clemente C.C., Carbonbari J.P., Montgomery R.P.G. (1994), "The alcohol abstinence self efficacy scale", *J Stud Alcohol*, 55(2).
- Florido M., Spagnoli M.L. (2009), "Percorsi residenziali per giocatori d'azzardo patologici: l'esperienza della comunità residenziale Lucignolo & Co. e della comunità residenziale breve Sidecar.", *Mtd It J - Clinica*.
- Garuti C., Gambling (2011), "Tossicodipendenti ed Alcolisti: ricerca preliminare al Ser.T. di Cento (Fe)", *Dal Fare al Dire*, 2.
- Leiseur H., Blume S.B. (1987), "The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144: 1184-1188.
- Peron C., Cibin M., Baldo V. et al. (2002), "Indagine epidemiologica sulle relazioni tra gioco d'azzardo problematico, alcolismo e tossicodipendenza", *Alcologia*, 14(2-3): 95-109.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1982), "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change", *Psychotherapy, theory, research and practice*, 19.
- Vanini S. (2011), "Gamblers in Comunità: sperimentazione di un trattamento residenziale a Villa Soranzo", in Hinnenthal I.M., Cibin M., *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e cocaina*, Seed Editore, Torino.
- Zerbetto R., Versaci R. (2010), "Ansia, Disturbo Ossessivo Compulsivo e Gambling", in *L'Ansia Nascosta*, Percorsi editoriali di Carocci Editori, Roma.

**Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto educativo.**



# La percezione del rischio da sostanze d'abuso in ambiente lavorativo: i risultati di una ricerca d'indagine in un comprensorio industriale

Donato Donnoli\*

## SUMMARY

■ *This paper presents the results of a survey on the perception of risk from drugs of abuse in a working environment that consists of an industrial area where mining activities are carried out of oil. The data obtained from the research are essentially superimposed on the data obtained from previous work done at the national level.* ■

**Keywords:** *Employment, perception of risk from substances of abuse, survey research, questionnaires.*

**Parole chiave:** *Attività lavorativa, percezione del rischio da sostanze d'abuso, ricerca di indagine, questionari.*

Gli effetti del consumo da sostanze d'abuso sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, sulla qualità e i costi dell'attività lavorativa, sulla salute individuale e collettiva sono sempre più al centro del dibattito e dell'azione delle diverse agenzie del mondo del lavoro e delle istituzioni preposte a garantire la tutela della salute.

Come è noto la percezione del rischio è un processo cognitivo coinvolto in diverse attività e che orienta i comportamenti delle persone di fronte a decisioni che coinvolgono dei rischi potenziali.

La percezione del rischio coinvolge diverse dimensioni con conseguenze sia immediate sia future e con implicazioni tanto su un piano razionale ed oggettivo quanto su un piano emozionale e soggettivo.

Tramite un questionario si è voluto valutare la percezione del rischio da sostanze d'abuso in ambiente lavorativo, precisamente nel "Centro Oli" del comprensorio industriale di Viggiano (PZ) dove vengono trattati parte dei prodotti delle attività estrattive di petrolio della Val d'Agri (Basilicata).

Il campione sul quale sono state compiute le elaborazioni statistiche è complessivamente composto da 100 intervistati, di cui 90 maschi e 10 femmine.

La variabile "età" divide il campione in modo tale da avere il 68% superiore a 50 anni e il 32% inferiore a 50 anni.

Per quanto concerne il titolo di studio l'8% ha la licenza elementare, il 34% la licenza di scuola media inferiore, il 51% quella superiore e il 7% è in possesso della laurea.

Quanto al tipo di impiego, la categoria più numerosa è quella degli operai (75%) seguita dagli impiegati (20%) e dirigenti (2%).

Un residuo 3% è rappresentato da coloro che hanno una mansione più specifica differente dalle precedenti.

Attualmente i pozzi di estrazione in Val d'Agri sono 39, ma non tutti sono ugualmente utilizzati. Il completamento dell'utilizzo degli attuali giacimenti in concessione all'ENI è previsto per il 2025. Il "Centro Oli" di Viggiano (Val d'Agri) ha una capacità di

trattamento di 104 mila barili/giorno di petrolio che attraverso un oleodotto, della lunghezza di 136 chilometri è lavorato presso la raffineria Eni di Taranto.

Scopo della ricerca d'indagine è stato quello di raccogliere impressioni, percezioni relative al tema del rischio da sostanze d'abuso, indicazioni circa la situazione lavorativa in riferimento a tematiche quali la percezione della rilevanza del problema nella specifica realtà aziendale e la conoscenza di strutture destinate alla prevenzione-cura e riabilitazione di problematiche legate al consumo di sostanze d'abuso.

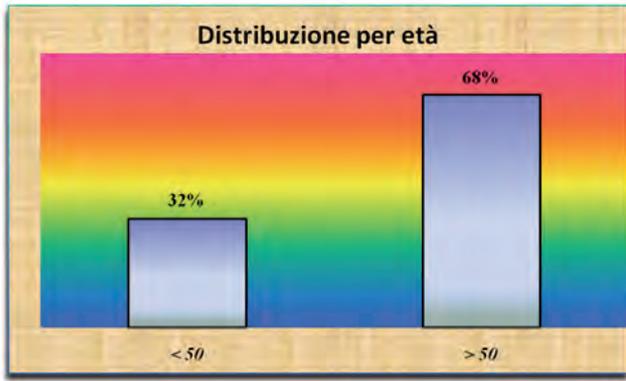
Lo strumento d'indagine è stato un questionario somministrato a un campione di 100 soggetti su 450, tutti lavoratori del Centro Oli.

La somministrazione del questionario è avvenuta nell'arco temporale che va da luglio a settembre 2010 intervistando gli interessati fuori del luogo di lavoro, ed essendo l'attività lavorativa a pieno regime (h 24) sono stati scelti orari di somministrazione molto diversi, al fine di ottenere un campione più omogeneo possibile.

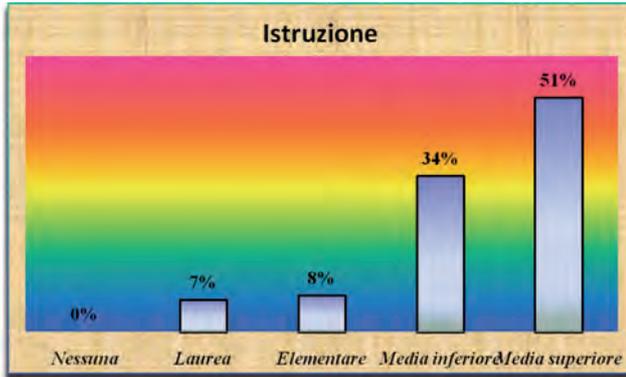
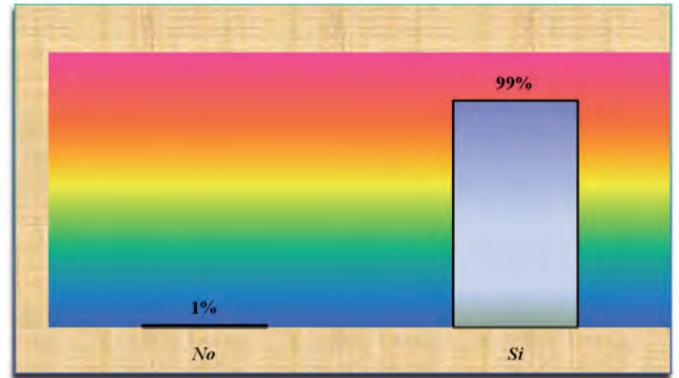
## Risultati



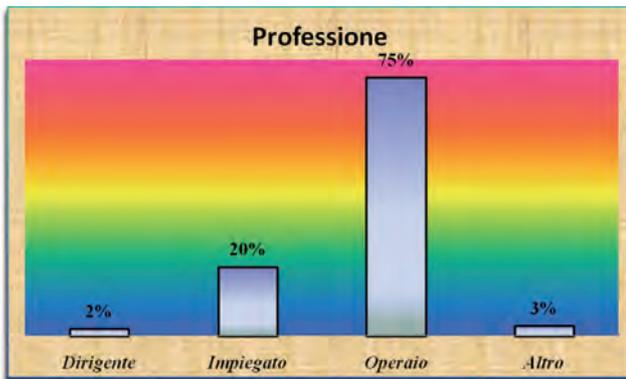
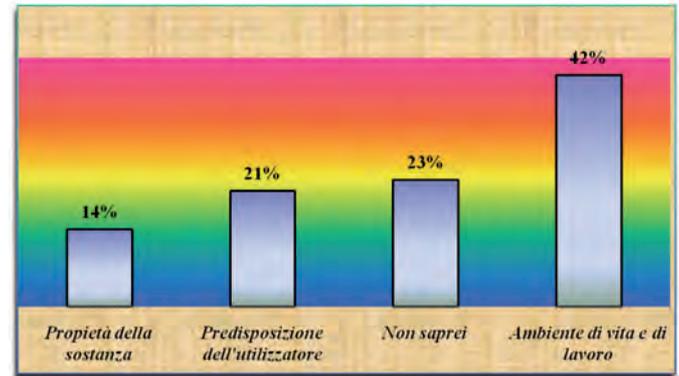
\* Farmacologo, Responsabile U.O. Ser.T. di Villa d'Agri Azienda Sanitaria di Potenza. Direttivo Nazionale FeDerSerD.



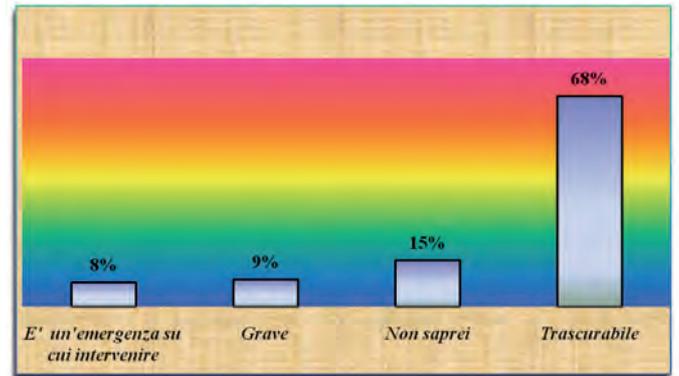
2. Le sostanze d'abuso possono provocare danni alla salute?



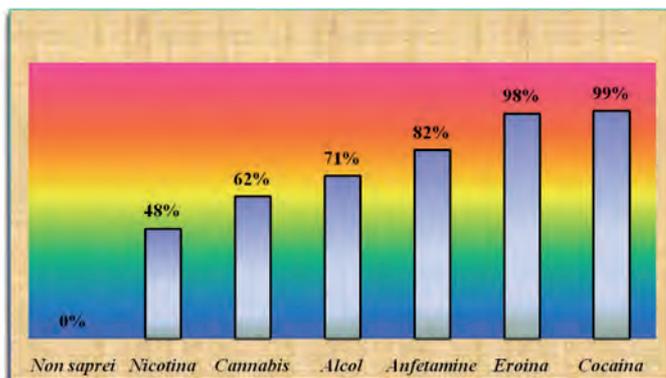
3. Perché si utilizzano sostanze d'abuso?



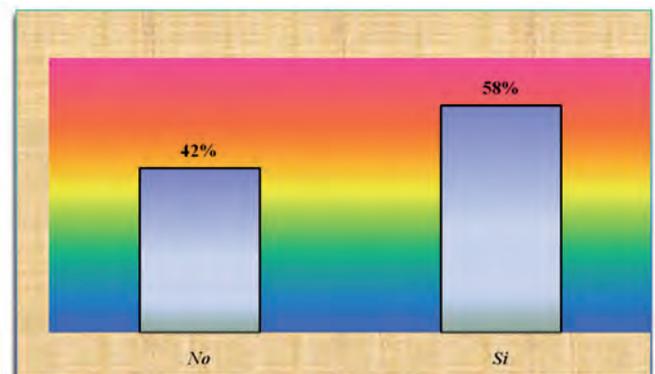
4. Ritiene, che il problema legato al consumo di sostanze d'abuso nell'ambiente di lavoro, cioè nel "Centro Oli" sia:



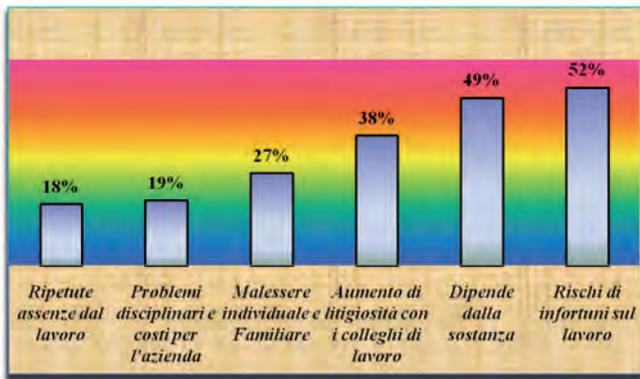
1. Secondo lei, quali tra le voci di seguito elencate possono essere definite sostanze d'abuso?



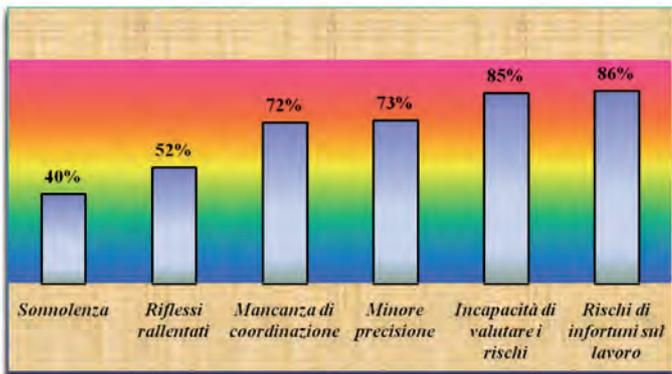
5. Ritiene che il consumo di sostanze d'abuso sia un fattore di rischio in ambito lavorativo?



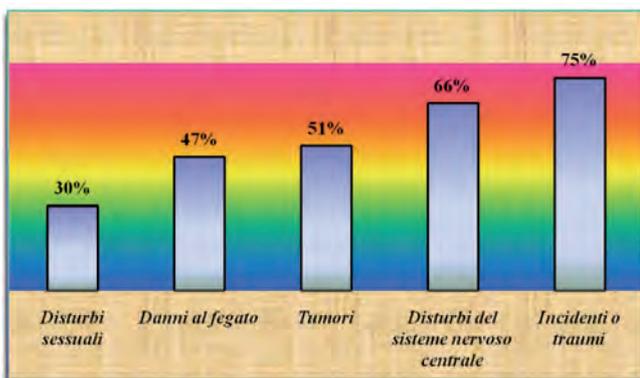
6. Quali ritiene siano i principali rischi legati all'utilizzo di sostanze d'abuso in ambito lavorativo?



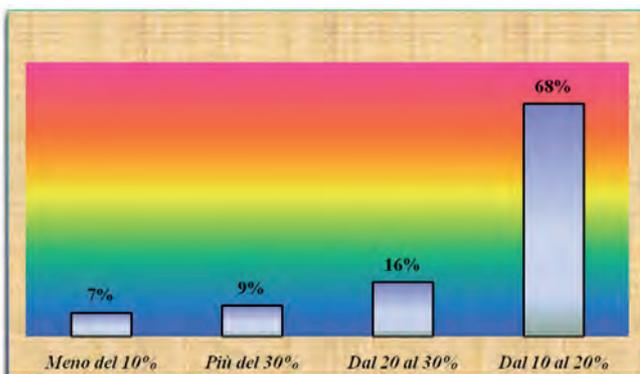
7. Secondo lei, quali sono gli effetti negativi causati dalle sostanze d'abuso su chi lavora?



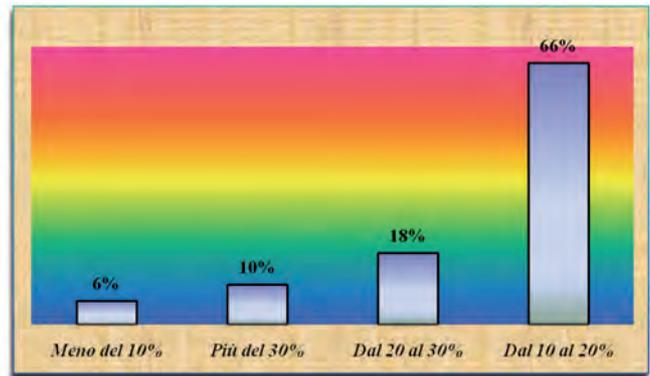
8. Secondo lei, quali sono i disturbi più frequenti provocati da sostanze d'abuso?



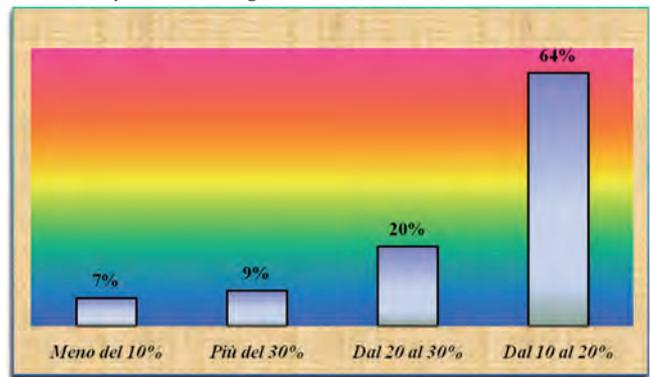
9. Secondo lei, in quale percentuale le sostanze d'abuso causano infortuni sul lavoro?



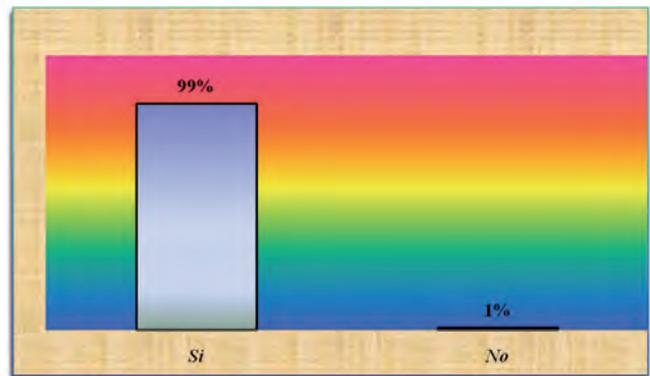
10. Secondo lei, in quale percentuale le sostanze d'abuso sono causa di assenza/malattia sul lavoro?



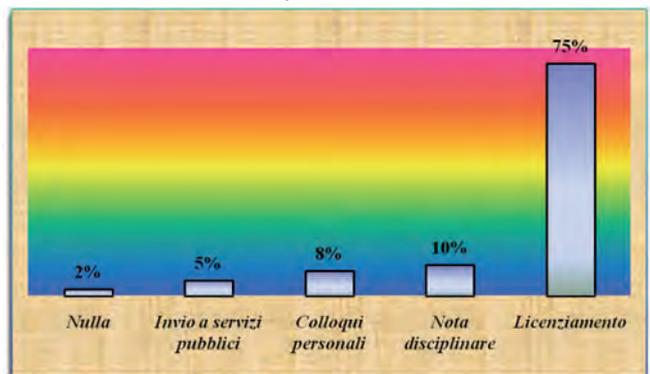
11. Nella vostra azienda, quale proporzione di occupati ritiene abbia un problema legato alle sostanze d'abuso?



12. Nel territorio in cui è situata l'azienda, sono presenti Strutture che possono aiutare chi ha problemi legati al consumo di sostanze d'abuso?



13. Nel caso in cui si evidenziasse la presenza di uno o più addetti con problemi legati al consumo di sostanze d'abuso, secondo lei come si comporterebbe l'azienda?



## Conclusioni

I dati emersi dall'indagine rispecchiano i risultati di precedenti indagini condotte a livello nazionale, la maggior parte degli intervistati è a conoscenza di quali siano le sostanze d'abuso e dei loro effetti sulla salute.

I 2/3 degli intervistati ritengono non particolarmente presente, nel proprio ambiente di lavoro, il problema legato al possibile consumo di sostanze d'abuso.

I lavoratori sono inoltre quasi tutti a conoscenza della presenza sul territorio di strutture adeguate alla prevenzione, diagnosi,

cura e riabilitazione riguardo ai problemi correlati all'utilizzo di sostanze d'abuso.

Nonostante le campagne di informazione e formazione volte al contrasto delle sostanze d'abuso e la normativa vigente che ne vieta l'uso in ambiente lavorativo, è a tutt'oggi ancora presente un certo numero di infortuni sul lavoro correlati a tali sostanze, 10% circa (Stima OMS 2008).

Da qui la necessità di proseguire con le strategie di prevenzione, informazione e formazione del personale al fine di contribuire alla riduzione degli infortuni causati dalla bassa percezione del rischio come conseguenza all'assunzione di sostanze d'abuso.

## RECENSIONE



Andrea Pertot

**BASAGLIA POLITICO**  
Un atto di non inclusione

Collana: Politicamente  
Abiblio. Forum per utopie e skepsis  
Trieste

Ma perché Basaglia tornerebbe utile in una società definita post-moderna e post-ideologica, dove il permissivismo ha preso il posto dell'autoritarismo, dove il manicomio sembra non esistere più?

Perché questo permissivismo, funzionale al capitale e alla sua macchina di consenso, cioè il consumo, mantiene in vita un nucleo di autoritarismo tradizionale che persiste nella sua opera di esclusione dei diseredati della terra, che crea ancora oggi, all'ombra dei centri commerciali, sacche di vita inutile da separare e costringere in luoghi determinati (carceri, cliniche psichiatriche, ospedali, centri di identificazione ed espulsione, comunità di recupero per tossicodipendenti ecc.). Luoghi di poveri, prevalentemente; luoghi in cui tutto ciò che non serve viene immagazzinato per evitare turbamenti alla vita felice che il capitale promette. Ma la società le sue contraddizioni non le include in sé come sue figlie, preferisce allontanarle nell'illusione che non le appartengano.

D'altra parte la permissività, ammoniva Basaglia, quando è intrisa di bonario paternalismo che annulla ogni potenziale conflitto, non è altro che strumento funzionale al controllo.

*Andrea Pertot*, è laureato in giurisprudenza e ha conseguito una specializzazione in sociologia della devianza. Vive e lavora a Trieste.

## FeDerSerD/DALLE REGIONI

### Paolo Castorina nuovo presidente di FeDerSerD Sicilia

Dirigente medico nel Servizio delle Dipendenze della ASL di Catania, specialista in anestesia e rianimazione, cardiologia e tossicologia medica, Paolo Castorina è stato eletto a scrutinio segreto nel corso dei lavori del II congresso regionale di FeDerSerD Sicilia, tenutosi a Erice il 3 e 4 novembre scorsi.

Eletto il nuovo direttivo nazionale, composto da **Roberto Cafiso**,

**Carmela Costa**, **Nicola Longobardo**, **Orazio Palazzolo** e **Antonio Sparaco**.

L'augurio di buon lavoro al presidente e ai consiglieri, in una Regione da sempre ricca di adesioni e di iniziativa scientifica e istituzionale per la nostra Federazione.

(Guido Faillace)

# Pensare in un Servizio per le Tossicodipendenze attraverso l'Analisi Organizzativa Multidimensionale

Chiara Menghini\*, Gaetano Di Mauro\*\*

## SUMMARY

■ *This action-research is carried out in a Service for Addiction (Ser.T.) of the Province of Rome with high users, using the Multidimensional Organizational Analysis (AOM), an instrument that takes its theoretical and practical root in the Community Psychology. The AOM, through a systemic and multidimensional view of the working environment, allows the multidisciplinary equipe to analyze the objective and subjective aspects of their organization, to understand its strengths and weaknesses, according to what the tool offers as a scheme of analysis.*

*The goal, whose achievement is confirmed through final analysis and follow-up meetings, is to make a professional able to analyze critically his working environment and the knowledge he has of it, in order to feel himself as a powerful and active player who can find out, together with his work team, the functional changes to be implemented. The instrument increases, in the course of its use, the empowerment of both organizational and individual of the professional, improving the quality of life in the working environment and the feeling of well-being. ■*

**Keywords:** *Ser.T., Multidimensionale Organizational Analysis, Community Psychology, Functional Changes*

**Parole chiave:** *Ser.T., Analisi Organizzativa Multidimensionale, Psicologia di Comunità, Cambiamenti Funzionali*

## Premessa

Nell'introdurre il significato dell'esperienza che viene presentata in questa sede, risulta pressoché automatico fare riferimento al primo termine del titolo di questo lavoro, ovvero la parola "pensare".

Infatti, la condizione non solo del servizio dove si è svolta l'esperienza (il Ser.T. della ASL RM/H di Anzio), ma di molti servizi territoriali, è spesso quella in cui la parola che più caratterizza la mission condivisa dagli operatori, è invece "agire".

Agire, perché spesso nel vissuto di operatori che si sentono come in un fortino assediato, sempre di meno a fronteggiare una domanda invece sempre più ampia e complessa, l'azione rimane la sola strategia per non sperimentare in modo massiccio una disillusione, quella che può derivare dalla consapevolezza che spesso quello che si sta cercando di realizzare a livello professionale, appare simile al tentativo di svuotare l'oceano con un bicchiere. Così si può andare avanti per anni e la fatica dell'impresa pone inevitabilmente a dura prova la salute, nel suo senso più ampio, degli operatori e conseguentemente anche l'efficacia e la qualità dei loro interventi.

Ecco perché acquista una rilevanza fondamentale in un servizio a forte rischio di burn-out come il Ser.T., riuscire a fermare o per lo meno rallentare, quella specie di lotta contro i mulini a vento della quotidianità e tornare, se non ad iniziare, a *pensare*.

\* Psicologa volontaria UOS Ser.T. RM H 4/6.

\*\*Responsabile UOS Ser.T./Psicologia AUSL RM/H Distretti H 4/6.

È quello che accaduto nel nostro servizio attraverso una sinergia con la Cattedra di Psicologia di Comunità dell'Università "Sapienza" di Roma, resa possibile grazie all'individuazione dello stesso Ser.T. a rappresentare il "campo" per un ricerca-intervento attraverso l'Analisi Organizzativa Multidimensionale. Questa esperienza ha quindi permesso al gruppo degli operatori di tornare a "pensare" e non più solo di agire *sul qui ed ora*.

Ciò ha consentito loro di sperimentare un processo di "ri-evoluzione" che, come sarà possibile rilevare dal testo che segue, ha significativamente apportato cambiamenti positivi in termine del benessere del gruppo e della qualità organizzativa del servizio.

## Il contesto

Prima di narrare la ricerca-intervento realizzata e prima di fare una necessaria introduzione teorica sullo strumento utilizzato ovvero l'Analisi Organizzativa Multidimensionale, crediamo sia importante contestualizzare quanto è stato realizzato, per poter comprendere le motivazioni che ne hanno costruito la domanda e hanno sostenuto l'equipe nel percorso che ha intrapreso e portato a termine.

Per riuscire a comprendere la realtà di questo Servizio per le Tossicodipendenze, dobbiamo considerare varie peculiarità che lo caratterizzano.

È, infatti, un servizio sanitario e in quanto tale ha subito notevoli trasformazioni negli ultimi anni, molte delle quali ancora in via di consolidamento, in termini sia gestionali che di funziona-

lità, ma che soprattutto si trova sempre di più di fronte all'esigenza di dover assicurare il benessere non solo dell'individuo e quindi della collettività ma anche delle persone che compongono l'organizzazione stessa e la cui salute è strettamente legata alla qualità del servizio che esse prestano.

L'aziendalizzazione moderna ha inoltre portato con sé la ridefinizione di chi fruisce del servizio: anche il soggetto con patologia da dipendenza assume finalmente lo "status" di cliente da soddisfare, richiedendo una necessaria presa in carico integrata in senso biopsicosociale, oltre che dei costi personali e professionali significativi, proprio per la sua peculiarità.

È inoltre importante sottolineare come, nello specifico, questo Servizio per le Tossicodipendenze sia tenuto a rispondere ad un ampio bacino d'utenza, dovendo compiere le proprie funzioni per due distretti sanitari contigui, riferiti a un territorio di quattro comuni, dalla popolazione vicino alla soglia dei 200.000 abitanti e dalla complessa realtà socioculturale, legata ad un contesto di provincia a pochi chilometri dalla città di Roma.

## Il modello teorico di riferimento

Di fronte ad una domanda che un contesto ci pone, esistono molti modi per intervenire, molte posizioni che lo psicologo, con il suo ruolo, può decidere di ricoprire nel momento in cui entra in contatto con il contesto stesso.

Quello che verrà proposto attraverso l'esperienza descritta rappresenta un punto di vista, una prospettiva psicologica figlia di un ormai storico spostamento di interesse da fattori individuali a fattori sociali e culturali.

Negli anni '60, infatti, la dominante concezione intrapsichica lasciò il posto a modelli nascenti.

Tra questi vi si può trovare anche la psicologia di comunità, che arrivava a proporre un approccio nuovo sia allo studio dei problemi che alle strategie di intervento; il suo oggetto di studio diventa quello che Orford (1992) poi definirà meglio parlando di "persona nel contesto", secondo cui il rapporto tra l'individuo e il suo ambiente viene problematizzato, si slega dal deterministico principio causa-effetto, per arrivare a considerare le sempre più complesse interazioni che mettono i due soggetti in relazione continua e dinamica.

Sulla scia dei principali contributi teorici, (si possono ricordare autori come Kurt Lewin, Roger Barker, Urie Brofenbrenner, Stanley Murrell), si modifica la comprensione eziologica dei fenomeni, la concezione del disagio, la sua prevenzione e il suo trattamento.

Uno dei fini principali di questa disciplina si può riassumere nella promozione del benessere psicofisico, in un'ottica olistica e socio-costruttivista, secondo cui non è più sufficiente parlare di assenza di malattia, ma si deve invece pensare alla promozione creativa delle risorse e delle potenzialità sia a livello intrapsichico, che a livello interpersonale, tenendo conto del peso dei processi culturali e sociali, delle condizioni oggettive e soggettive che caratterizzano il contesto e condizionano l'individuo.

Se poi, come in questo caso presentato, la domanda allo psicologo emerge non da un singolo individuo, ma da un contesto particolare, come quello organizzativo, è necessario chiarire che cosa con esso si voglia intendere.

L'obiettivo è quello di fornire, seppur brevemente, dei limiti entro cui muoversi parlando di organizzazione, comprendere dove collocare un intervento di psicologia di comunità, tra le molteplici e variegate prospettive teoriche che negli anni si sono interessate all'argomento.

Quello che, in questa occasione, è preliminare conoscere è la prospettiva multidisciplinare e il forte tentativo integrazionista che questa disciplina compie.

Consapevole, infatti, di come non sia possibile riconoscere la superiorità e l'eshaustività di un solo paradigma teorico rispetto ad un altro, si avvicina a quella che è una realtà complessa legittimando il contributo di ogni ambito di studio, portatore di uno specifico ma necessario punto di vista, per arrivare ad una conoscenza più ampia e ricca.

È inoltre importante ricordare come i cambiamenti avvenuti nel panorama sociale, economico e culturale, soprattutto negli anni '60 e '70, abbiano richiesto un adeguamento di prospettiva a chi si avvicinava alle nuove realtà, tra cui quelle organizzative.

Inserendosi in questo momento storico, la psicologia di comunità fa propria anche la prospettiva sistemica (Von Bertalanffy, 1968), quella che vede il contesto organizzativo come un complesso unitario, composto da diverse parti tra loro in interdipendenza ed integrazione, inserito a sua volta in un ambiente può ampio, con cui stringe rapporti di interrelazione e dipendenza. In questo modo sottolinea la funzionalità del suo approccio multidimensionale, attento a cogliere non solo gli aspetti strutturali che caratterizzano il sistema, né solo quelli attenti al soggetto che attraverso le sue strategie costruisce quel sistema, ma interessato a superare, sia a livello teorico che metodologico, la forte dicotomia tra individuo ed organizzazione.

La sua strategia infatti è interessata alla relazione tra individuo e contesto organizzativo in cui questo è inserito, a tutti gli elementi che si compenetrano e si influenzano, ma che solo se compresi nella loro dinamicità ed interdipendenza possono portare ad una diagnosi organizzativa capace di promuovere e realizzare i cambiamenti desiderati.

## La metodologia proposta: l'Analisi Organizzativa Multidimensionale

L'integrazione teorica e la multidimensionalità, sottolineate in particolare da Brusciaglioni negli anni '80 e poi riprese anche dalla Francescato, negli anni sono diventate colonne fondanti la psicologia di comunità, non solo per quanto riguarda il suo approccio allo studio delle organizzazioni ma anche le coerenti proposte metodologiche.

Parlare di un intervento all'interno di un'organizzazione e farlo seguendo queste linee, vuol dire allora entrare nell'ottica degli interventi psicosociali, quelli che danno un valore fondante alle percezioni e alle narrazioni che i lavoratori portano.

Ma la psicologia di comunità crede anche nei modelli partecipativi, riconoscendo le capacità al suo prodromo teorico e metodologico, quale l'*Action Research* di Kurt Lewin (1946).

Dall'autore riprende come sia più costruttivo integrare i due diversi modi di rapportarsi al proprio ambiente di riferimento: la ricerca e l'azione, la conoscenza e il cambiamento.

Gli obiettivi che si prefigge non si limitano, infatti, solo all'accrescere le conoscenze ma anche a modificare situazioni esistenti a livello individuale, organizzativo e sociale, aumentando così la legittimazione della percezione che gli individui coinvolti hanno. Tutto questo è possibile, secondo Lewin, attraverso la partecipazione diretta e la collaborazione attiva di tutti coloro che abitano il contesto di interesse.

In questo caso, quindi, non si parla più del consulente esperto che risponde alla domanda emersa, offrendo le proprie competenze professionali; vengono, invece, chiamati in causa i destinatari stessi della ricerca, che portano le proprie conoscenze e

le condividono con quelle dell'esperto per poter progettare e poi realizzare i futuri cambiamenti.

Il ruolo dello psicologo diventa quello utile a rafforzare le competenze dei singoli, dei gruppi, delle organizzazioni e delle comunità, possibile solo attraverso il confronto continuo con gli attori sociali.

Nello specifico dell'intervento presentato in questa sede, lo strumento che è stato utilizzato risponde coerentemente a tutte le brevi spiegazioni teoriche che finora sono state descritte.

L'Analisi Organizzativa Multidimensionale (AOM), infatti, è uno degli strumenti in cui la psicologia di comunità si riconosce maggiormente.

Elaborato agli inizi degli anni '80 da Donata Francescato, ha poi visto una crescita applicativa esponenziale, che ha coinvolto tutta una serie di contesti organizzativi, dalle piccole imprese, a quelle del privato sociale, ai contesti pubblici, in particolare quelli dei servizi sanitari.

È importante rendere chiare queste caratteristiche teoriche proprie dello strumento per poter essere preparati a comprendere la successiva parte esperienziale.

**L'Analisi Organizzativa Multidimensionale** è uno strumento di ricerca-intervento, uno schema guida per l'analisi organizzativa, che promuove una visione multidimensionale e sistemica del contesto di lavoro e lo fa cogliendo sia le variabili soggettive che quelle oggettive che lo caratterizzano.

Crede anch'esso nel valore emancipatorio della partecipazione: è infatti uno strumento che chiede la collaborazione di tutti i rappresentanti delle diverse professioni e dei diversi ruoli gerarchici presenti nel contesto organizzativo.

Prevede che si costituisca un gruppo di lavoro multidisciplinare, impegnato ad incontrarsi in riunioni periodiche, che diventa per tutto il percorso di analisi l'interlocutore privilegiato, il protagonista della ricerca e anche dei cambiamenti.

Dando a tutti i lavoratori, indipendentemente dalla professione e dal ruolo ricoperto, la possibilità di contribuire con la propria narrazione, la propria esperienza ed i propri vissuti alla conoscenza della realtà organizzativa, si legittima il punto di vista che ognuno porta, si enfatizza, in un'ottica socio costruttivista, il ruolo attivo del soggetto come reale protagonista del processo di conoscenza e cambiamento.

**L'Analisi Organizzativa Multidimensionale** si prefigge come scopo principale quello di costruire una diagnosi partecipata e multidimensionale della realtà organizzativa.

Analizzando i punti di forza e quelli di debolezza per ognuna delle quattro dimensioni in cui si costituisce il sistema (dimensione strategico-strutturale, dimensione funzionale, dimensione psicodinamica, dimensione psicoambientale), si vuole migliorare la capacità di auto-analisi da parte di chi in quell'organizzazione vi lavora, così da coinvolgere tutti in modo più attivo e consapevole, per accrescere anche la loro capacità di confronto e di lavoro nel gruppo, valorizzando le risorse che questo offre a livello strumentale ed emotivo.

L'AOM si propone che i professionisti stessi siano in grado di riconoscere e valorizzare le risorse presenti e di rendere meno incidenti le criticità emerse, per aumentare non solo la loro consapevolezza critica ma anche il senso di responsabilità che hanno verso il proprio contesto di lavoro e la propria professione, essendo convinti che partecipare all'analisi, pensare i cambiamenti potenziali, ne aumenti anche la successiva realizzazione professionale.

Tutto questo fa diventare l'Analisi Organizzativa Multidimensionale uno strumento empowerment, che si esplica a molti livelli: il primo, quello individuale, vede modificare la percezione che il singolo ha di se stesso nei confronti del proprio contesto di lavoro, di come aumentandone la consapevolezza e la conoscenza critica e partecipando alle dinamiche di rinnovamento si senta rispetto ad esso più competente e più potente.

Il secondo livello invece, vede l'AOM come uno strumento volto ad accrescere l'empowerment a livello organizzativo, in quanto permette di riflettere criticamente su tutte le sue componenti esterne ed interne, interessandosi inoltre dell'inserimento nello scenario locale e nazionale, in modo da pensare strategie per poter raggiungere obiettivi tali che il lavoratore stesso si senta più coinvolto e potente.

Utilizzare uno strumento empowerment come questo ha quindi lo scopo di avere accesso alle proprie capacità e risorse individuali e sociali, rafforzare il proprio potere di scegliere e di conseguenza migliorare la qualità di vita nel proprio contesto di lavoro e anche la propria salute.

Per avere ancora più chiaro il filo narrativo che si seguirà, in occasione dell'esperienza riportata, è importante sapere che l'Analisi Organizzativa Multidimensionale, dopo i primi contatti del consulente con il contesto organizzativo di interesse, l'analisi della domanda e la presentazione della metodologia al gruppo di lavoro, prosegue il suo percorso di analisi attraversando le seguenti fasi (figura 1).

Fig. 1



## L'esperienza nel Servizio per le Tossicodipendenze (ASL RM H 4/6)

### La costruzione della committenza

L'esigenza di strutturare questo intervento è nata dalla condivisione con il responsabile della U.O. di Psicologia del Ser.T., delle specifiche caratteristiche del suo servizio di appartenenza, che lo hanno portato ad esprimere l'esigenza di creare uno spazio strutturato in cui l'equipe multidisciplinare potesse confrontarsi rispetto alla propria esperienza lavorativa quotidiana. L'aspettativa era quella che si potesse così arrivare a superare alcuni punti critici che la caratterizzavano e ad aumentare la consapevolezza delle risorse a disposizione, anche quelle non adeguatamente riconosciute e valorizzate.

Il successivo coinvolgimento del direttore dell'unità organizzativa complessa, volto a riproporre le caratteristiche dell'AOM, le modalità e le tempistiche dell'intervento, è stato utile per condividere degli obiettivi altri da affidare a tale proposta; obiettivi che non consideravano solo il potenziale riflesso dell'intervento sull'equipe e sull'organizzazione, ma anche le risonanze più ampie producibili negli operatori, conseguentemente alla possibilità di riconoscere il valore di un intervento di qualità, come quello che si stava realizzando.

### Il primo incontro con il gruppo

Il successivo passaggio ha previsto la convocazione, attraverso il supporto di una formale comunicazione, affissa presso l'ambulatorio del servizio, di una riunione in cui veniva richiesta la partecipazione di tutti gli operatori dell'equipe.

In questo primo incontro con il gruppo, è stata data particolare attenzione a presentare il progetto, le sue finalità e far conoscere le caratteristiche teoriche e metodologiche dello strumento proposto, puntando sui vantaggi promozionali a livello individuale ed organizzativo e sulle modalità operative richieste, in termini di tempo e di impegno.

Oltre, quindi, ad un reciproco scambio di informazioni, questo primo incontro si è dimostrato utile per affrontare le preventive resistenze iniziali che alcuni operatori portavano rispetto al progetto o alla metodologia.

La discussione si è inoltre concentrata sulla spiegazione dei principali obiettivi che l'Analisi Organizzativa Multidimensionale si proponeva e del metodo partecipativo abitualmente utilizzato. Veniva, infatti, richiesto a tutti gli operatori l'impegno a partecipare costantemente alle riunioni periodiche necessarie per portare avanti l'analisi organizzativa.

Il percorso, nello specifico di questo servizio, ha richiesto un totale di dodici incontri, realizzati nell'arco di circa otto mesi (da marzo a dicembre 2009) della durata media di due ore ciascuna a cui ha partecipato il gruppo di lavoro, così come sin dall'inizio si era costituito, composto da: il direttore medico dell'unità organizzativa complessa, lo psicologo responsabile dell'Unità Operativa Semplice, un'altra psicologa, l'assistente sociale e le quattro infermiere.

## La realizzazione dell'intervento

### 1ª fase: analisi preliminare

Nell'analisi preliminare, attraverso la tecnica del brainstorming, al gruppo viene richiesto di definire quelli che sono i punti di forza e i punti di debolezza del Ser.T. in cui opera.

L'obiettivo è quello di costruire una prima fotografia, una rappresentazione iniziale che i membri hanno della propria organizzazione, da confrontare poi con quella che sarebbe emersa alla fine di tutto il percorso di analisi.

L'incontro si divide in due parti: una prima in cui vengono riprese le caratteristiche principali dello strumento, i suoi obiettivi ed in cui vengono descritte nello specifico ognuna delle quattro dimensioni.

In questo modo il gruppo, nella seconda parte, ha potuto attraverso due brainstorming, costruire un elenco per i punti di forza e uno per i punti di debolezza, e cogliere così alcune tematiche centrali e significative.

In particolare, quello che è emerso è un quadro positivistico ed autocentrato di una "equipe-famiglia" solida e competente che ha iniziali resistenze ad attribuirsi criticità e che invece, preferisce proiettare su un contesto esterno con il quale si relaziona e che facilmente si presta ad essere ricordato per le sue mancanze.

### 2ª fase: analisi delle quattro dimensioni

I successivi due incontri del gruppo, sono stati indispensabili per poter analizzare quella che è la prima delle quattro dimensioni, ma soprattutto la prima delle due dimensioni hard: la strategico strutturale e quella funzionale.

Queste descrivono il contesto lavorativo, negli aspetti oggettivi e misurabili, quelli che guardano all'organizzazione come un insieme ordinato e razionale, nel quale prevale un visione unitaria degli obiettivi da raggiungere e dei comportamenti da agire.

#### *Dimensione strategico-strutturale*

In questa dimensione viene chiesto al gruppo, attraverso una discussione prima in piccoli gruppi e poi in plenaria, di approfondire alcuni aspetti importanti, che compongono questo livello di analisi. Ci si è così potuti soffermare sull'aspetto economico del servizio, descrivendone, anche da un punto di vista storico e legislativo, il budget e le forme finanziarie presenti nel bilancio.

Gli operatori hanno potuto confrontarsi, soprattutto nelle criticità, risultate predominanti, anche su quegli aspetti che riguardano la struttura fisica del Ser.T., la gestione dello spazio e tutte le risorse materiali e strumentali che lo caratterizzano. In questo modo si è potuto riflettere su come un ambiente di lavoro funzionale, confortevole ed accogliente, rispetto sia alle esigenze dei professionisti che dell'utenza, fosse un fattore necessario per la salute organizzativa ed individuale. Quello in cui il gruppo ha dovuto lavorare in maniera più capillare, richiedendo l'apporto di tutti gli operatori, riguarda la ricostruzione della storia legislativa inerente il proprio settore di interesse, quello delle dipendenze.

La lunga narrazione, a partire dalla legge 685/1975 fino alle ultime disposizioni in materia, focalizzando soprattutto il D.P.R. n. 309 del 9/10/1990, è stata importante per arrivare a condividere e riflettere sulla missione dell'istituzione Ser.T. e poi su quegli obiettivi strategici, a lungo termine, che nello specifico l'equipe sentiva come propri.

Approfondendo anche gli aspetti politici a livello non solo nazionale, ma anche locale e i rapporti di rete con gli altri servizi territoriali e i protagonisti del privato sociale, si è iniziata a ridefinire quella che è l'identità organizzativa ed istituzionale del servizio, alla luce dei punti di forza e di criticità emersi nell'elenco conclusivo di questa dimensione.

#### *Dimensione funzionale*

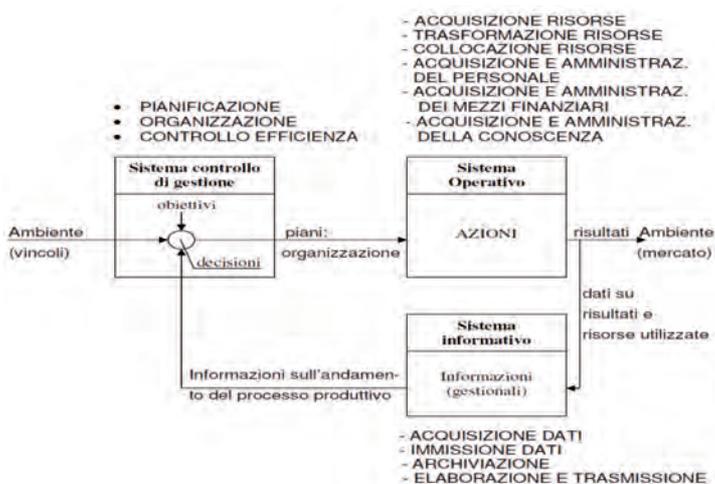
Anche questa seconda dimensione ha richiesto due incontri di gruppo, necessari per poter comprendere come fosse possibile

guardare l'organizzazione come un sistema complesso, composto da una serie di sottosistemi funzionali e da una serie di unità funzionali in ordine a raggiungere i risultati, realizzando gli obiettivi operativi.

L'analisi, a questo punto, è ferma ancora ad un livello razionale, volta però questa volta a comprendere come si realizzino gli obiettivi operativi, quali siano le funzioni che si muovono all'interno del contesto e con l'esterno, chi le svolge e con quali risorse, in quanto tempo e con quali risultati.

Il modello funzionale a cui si fa riferimento, per facilitare il lavoro in gruppo, è quello proposto da Mario Tancredi (1981) che viene utilizzato come schema di lettura della fisiologia aziendale (figura 2):

Fig. 2



L'analisi dei tre sottosistemi funzionali (Sistema controllo di gestione, Sistema Operativo, Sistema informativo) viene condotta con una maggior partecipazione degli operatori, sia nel mettersi alla prova con tematiche nuove e complesse che con modalità di lavoro diverse, come quella di passare dal confronto in piccoli gruppi alla successiva riunione in plenaria per la discussione condivisa dei punti di forza e di debolezza inerenti la dimensione presa in esame.

L'equipe si trova ad attraversare la difficoltà a cogliersi come un soggetto produttivo, nell'ottica moderna di aziendalizzazione che ha coinvolto il sistema sanitario, capace di confrontarsi con i risultati da portare avanti e la qualità delle prestazioni da offrire.

Il modello della "grande famiglia" a cui il gruppo è particolarmente legato, rinforzato dalla lunga permanenza degli stessi operatori nel servizio, gli permette di continuare a portare avanti la mission condividendo, attraverso la multi professionalità propria dell'equipe, le attività inerenti l'accoglienza, la progettazione e il percorso terapeutico dell'utente, sapendo compensare mancanze strategiche, finanziarie e strutturali, soprattutto in riferimento al numero di operatori presenti in organico.

Ma è proprio la stessa identità da "grande famiglia" che porta ad estremizzare tali risorse, fino a confondere "il fare" con "il decidere cosa fare", a perdersi nell'apparente necessaria individualità operativa, nell'informalità della comunicazione interna e nella routinizzazione delle attività che non offrono le meritate prospettive di sviluppo al servizio e non danno merito alla creatività del gruppo e non migliorano l'empowerment dei singoli operatori.

Le successive due dimensioni che caratterizzano il percorso dell'Analisi Organizzativa Multidimensionale, quelle soft, secondo un'ottica socio costruttivista si spostano dalla descrizione oggettiva del contesto, finora realizzata, per dedicare i successivi incontri agli aspetti relazionali ed emozionali sia consapevoli che non, dell'organizzazione.

### Dimensione psicodinamica

La dimensione psicodinamica offre al gruppo l'occasione di cogliere gli aspetti più profondi della vita organizzativa, quei processi collusivi che i membri agiscono inconsciamente, quegli assunti di base che rappresentano l'anima del contesto, dei suoi membri e del legame che unisce il tutto.

Ad un primo incontro è stata proposta ad ogni membro del gruppo una tecnica proiettiva grafica, la tecnica del disegno rappresentativo della propria organizzazione, il cui successivo commento in plenaria ha permesso di confrontarsi sulla rappresentazione che da questi emergeva del contesto di lavoro, sia singolarmente che nel complesso (disegno 1, 2, 3,4).

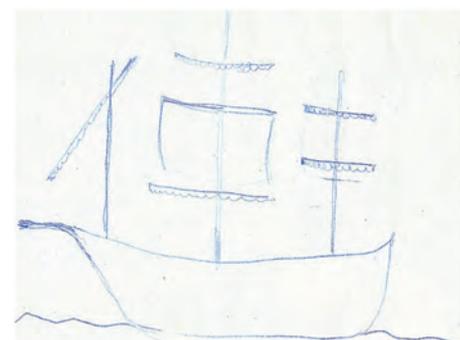
È stato così possibile cogliere aspetti riguardanti la relazione che lega i professionisti alla propria organizzazione e al proprio lavoro, ai diversi ruoli che ricoprono e come entrano in relazione tra loro, come questi portino emozioni, ansie, aspettative ed energie e come tutto questo venga gestito, incanalato e convogliato e attraverso quali meccanismi di difesa lo si fa.

Nel secondo incontro è stata, invece, utilizzata una tecnica narrativa, quella dello sceneggiato (tabella 1), sottolineando come la psicologia di comunità creda nel prodotto narrativo da cui si possano cogliere i diversi punti di vista rappresentativi di un contesto e di una cultura, non solo individuale ma anche di gruppo. In questo caso, i partecipanti hanno potuto effettuare un lavoro di riflessione e di integrazione rispetto a rappresentazioni diverse che nell'analisi di questa dimensione erano emerse e hanno potuto comprendere come la caratteristica partecipativa ed eterogenea del gruppo di lavoro richiesta dall'AOM, diventasse fonte di autoanalisi ed occasione emancipatoria.

Disegno 1



Disegno 2



Disegno 3



Disegno 4



## SCENEGGIATO N. 1

**Genere:** Comico

**Titolo:** *Va dove ti porta...(che però ???!)*

**Protagonista:** Medico

**Personaggi principali:** Infermiere

**Il contenuto:** La storia traduce in versione comica una delle difficoltà quotidianamente vissute dagli operatori, in particolare del settore infermieristico, dovuta alla carenza di personale medico e con l'unica unità disponibile frequentemente chiamata ad occuparsi anche di competenze esterne al servizio, come consulenze nei reparti ospedalieri, riunioni, ecc. Così spesso l'infermiere che ha bisogno del supporto del medico nel Ser.T., può trovarsi impegnato nell'ulteriore compito di contattare il medico esternamente per fornire e ricevere indicazioni in merito alle esigenze richieste nell'ambulatorio.

## SCENEGGIATO N. 2

**Genere:** Avventuroso

**Titolo:** *Odissea dello stralcio*

**Protagonista:** Direttore Ser.T.

**Personaggi principali:** Operatori del Ser.T. e Direttore Generale

**Il contenuto:** In questo sceneggiato il gruppo degli operatori affronta le difficoltà connesse alle carenze delle risorse finanziarie e di personale che penalizzano il servizio, mobilitandosi condotti dal proprio direttore, in una azione di confronto diretto con le istituzioni di governo regionale e locale. In risposta alla coraggiosa iniziativa, gli operatori riusciranno ad ottenere l'assegnazione di risorse finanziarie e strutturali per il Ser.T., da gestire in piena autonomia.

### Dimensione psicoambientale

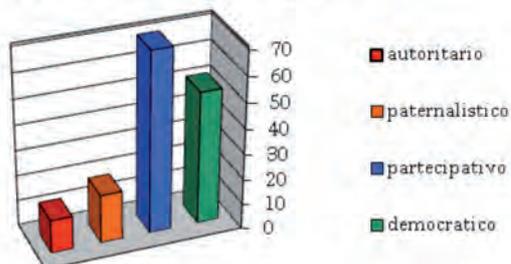
Alla seconda dimensione soft viene affidata la capacità di delimitare gli elementi che definiscono il costrutto di *clima organizzativo*.

Attraverso la somministrazione individuale di una batteria di test composta da: l'autotest sulle motivazioni, la scala Likert sugli stili di direzione (1961) e il questionario di check-up organizzativo di Spaltro (1967), è stato possibile riportare in plenaria i risultati emersi ed attivare una discussione ed una riflessione congiunta sui fenomeni di gruppo, gli stili di leadership, la comunicazione, i bisogni, le motivazioni, gli atteggiamenti, il grado di accordo psicosociale, la coincidenza o meno tra i desiderata dell'organizzazione e quelli del singolo professionista.

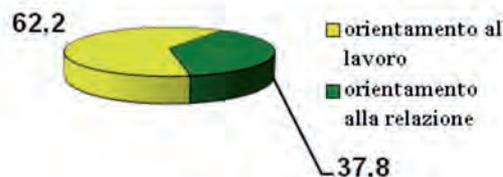
È così stato confermato come il gruppo fosse fortemente orientato al compito, attento a percorrere la direzione stabilita dalla propria mission, pronto ad agire il proprio potere professionale sia a livello operativo che decisionale.

Il clima organizzativo ha evidenziato le sue saldi radici nella stima personale e professionale che prende le forme di uno stile di direzione e di comunicazione partecipativo.

Scala Likert sullo stile di gestione



Autotest sulle motivazioni



### 3ª fase: analisi finale

La fase conclusiva della ricerca-intervento, svoltasi anch'essa, come le precedenti in due riunioni, ha chiesto al gruppo un ultimo ed ulteriore sforzo, al fine di arrivare ad una visione più integrata e complessa dell'organizzazione e di tutti i suoi elementi, che nel corso dei mesi erano stati approfonditi e pensati.

Questa ultima fase prevedeva che tutti gli elenchi di punti di forza e di punti di criticità, stilati alla fine di ogni dimensione, venissero ripresi in mano e discussi nella loro complessità, al fine di cogliere le *interconnessioni* tra le varie dimensioni, di comprendere come elementi diversi, anche apparentemente lontani, si influenzassero e fossero determinati l'un l'altro.

La riflessione e la trascrizione tra i vari punti ha dato modo al gruppo di prendere consapevolezza non solo del percorso di conoscenza costruito insieme, ma anche di come le relazioni tra gli aspetti dell'organizzazione finissero per ruotare intorno ad alcuni nodi fondamentali.

Iniziano così a riconoscersi le principali *aree problema*, su cui il gruppo avrebbe dovuto fare una scelta in base al criterio di priorità da seguire, per poi pensare a delle *prospettive di miglioramento* per realizzare così effettivamente in seguito dei *cambiamenti*.

→ La prima area problema è quella che sottolinea la forte dicotomia, spesso emersa nel corso degli incontri, tra un "*dentro*" del gruppo, idealizzato nelle sue componenti positive, ed un "*fuori*" verso cui vengono proiettate le negatività ed i malfunzionamenti evidenziati nell'analisi. La lunga permanenza degli stessi operatori nel servizio, il loro alto riconoscimento nella mission istituzionale, soprattutto in quella che nel corso degli anni ha subito modifiche legislative sostanziali in termini di trattamento e riabilitazione delle dipendenze, l'annesso forte senso di responsabilità e di potere professionale, che ad ogni membro viene riconosciuto, ha permesso di superare molte criticità funzionali e strutturali, come la cronica carenza di personale rispetto al bacino di utenza a cui il servizio deve rispondere, riuscendo in questo modo a garantire una continuità di presa in carico di questi pazienti che necessitano di un trattamento quanto mai individualizzato ed olistico. Questo lodato senso del gruppo, che gli ha sempre permesso di controllare conflittualità e rotture, al tempo stesso provoca una serie di resistenze a riflettere sulle criticità e a dividerne la soluzione, preferendo continuare a lamentarsi e a diffidare di un esterno "*causa di tutti i mali*".

↓ Il gruppo arriva così, ormai cresciuto nella sua capacità di analisi, ad individuare autonomamente alcune prioritarie proposte di cambiamento rispetto a questa prima area problema. Viene ritenuto importante accrescere la comprensione su come le dinamiche del gruppo e dei suoi membri potessero essere anche fonte di criticità e di malfunzionamento, oltre che risorse e meliores da gestire; come il gruppo, vissuta l'esperienza partecipativa realizzata attraverso l'Analisi Organizzativa Multidimensionale, dovesse essere sempre più considerato luogo di con-

fronto e di riflessione e quindi come fosse necessario consolidare la sua capacità di sostegno strumentale, già di per sé forte, e accrescere quella di sostegno emozionale. Il gruppo, inoltre, avrebbe dovuto continuare a comprendere come alcuni fenomeni interni ad esso, alcune sue dinamiche emozionali e i suoi meccanismi di difesa dovessero essere utilizzati come funzionali sia per le dimensioni produttive dell'organizzazione che per quelle relazioni che legano i suoi membri. Il lungo lavoro di gruppo, compiuto nel corso dei mesi, sarebbe servito inoltre ad aumentare la partecipazione attiva e condivisa degli operatori, promuovendone un più funzionale senso di responsabilità, anche al di là delle riunioni strutturate dall'AOM.

→ La seconda area problema è quella che emerge dall'analisi degli stili di direzione, centrali in particolare nella dimensione psicoambientale, ma con importanti connessioni anche con aspetti della dimensione psicodinamica e funzionale. Il gruppo, infatti, si trova ad agire sul filo tra lo stile partecipativo e quello completamente democratico. È infatti un gruppo capace di riconoscere le diverse competenze e i diversi ruoli professionali che convivono nell'equipe, così come di affrontare problematiche e decisioni a tutti i livelli e secondo le competenze di ognuno, facendo ciò in maniera spontanea, flessibile e creativa. Al tempo stesso, però adattare più uno stile partecipativo che non democratico, richiedeva da parte degli operatori il rinforzo di alcune loro capacità e di alcuni aspetti già presenti nelle loro potenzialità, come la capacità di ascolto e di accoglienza, la condivisione dei compiti e delle responsabilità e l'affidamento professionale che emergeva dal gruppo.

↓ Il gruppo così riconosce l'esigenza di migliorarsi rispetto alla gestione delle funzioni e dei compiti, in modo tale da permettere che fosse più condivisa e organizzata; era inoltre necessario che sviluppasse un'interdipendenza operativa tra professionisti e una cooperazione più strutturata e basata su un obiettivo comune discusso, superando quelle situazioni in cui si rischiava l'estrema individualizzazione nei compiti e nella gestione funzionale degli obiettivi. Le contingenti problematiche di comunicazione all'interno del gruppo richiedevano che si superasse il predominante sistema informale in favore di uno più strutturato e formalizzato. Inoltre, un ampio tempo di discussione è stato richiesto dal necessario riconoscimento a promuovere un ruolo dirigenziale orientato prevalentemente alla promozione di obiettivi e alla facilitazione di processi strategici, in grado inoltre di assumere funzioni di mediatore nelle divergenze e nelle possibili scissioni all'interno del gruppo di lavoro.

## Conclusioni

A distanza di due mesi dal termine del percorso di Analisi Organizzativa Multidimensionale, attraverso un incontro di follow-up con tutti i membri del gruppo di lavoro è stato possibile cogliere sia il mantenimento di alcuni cambiamenti già evidenziati in itinere, sia le soluzioni di miglioramento effettivamente adottate. Il gruppo ha infatti continuato a riunirsi settimanalmente, avendo compreso come soprattutto in questo modo potesse continuare ad avere uno spazio in cui riflettere e confrontarsi sulle

esigenze, sia strumentali che emozionali, sui bisogni e le problematiche.

Per superare le problematiche funzionali, fonte di specifiche situazioni stressogene, sono stati effettuati dei cambiamenti in termini di orari di apertura del servizio, soprattutto per l'ambulatorio, e di gestione delle presenze del personale.

Le criticità inerenti l'area della comunicazione con l'esterno, che avevano delle importanti connessioni con la flessibile e a volte confusiva organizzazione funzionale dei compiti e delle attività, porta il gruppo in alcune riunioni successive, a ridiscutere e formalizzare in maniera condivisa le procedure di accoglienza, d'inserimento e di trattamento, soprattutto nello specifico di situazioni complesse che richiedono maggiormente una chiarezza ed un'uniformità nella prestazione del servizio.

Per riprendere anche l'importanza dell'ambiente di lavoro, inteso nei suoi aspetti strutturali e logistici, alcuni operatori si sono impegnati a riorganizzare gli spazi in modo tale che fossero più abitabili e funzionali alle attività che vi si dovevano realizzare al loro interno, permettendoci di riconoscere in questa operazione, quasi un bisogno di "materializzare" il processo di "ri-evoluzione" avviato nel proprio Ser.T. attraverso il percorso dell'Analisi Organizzativa Multidimensionale.

## Bibliografia

- Avallone F., Paplomatas A. (2005), *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Barker R. (1968), *Ecological Psychology*, Stanford University Press, Stanford (CA).
- Braibanti P. (2002), *Pensare la salute: orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Francescato D. (2003), *Stare meglio insieme. Oltre l'individualismo: imparare a crescere e a collaborare con gli altri*, Oscar Mondadori, Milano.
- Francescato D., Tomai M. (2005), *Psicologia di comunità e mondi del lavoro. Sanità, pubblica amministrazione, azienda e privato sociale*, Carocci, Roma.
- Francescato D., Tomai M., Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di Psicologia di Comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione*, Carocci, Roma.
- Francescato D., Tomai M., Mebane M.E. (2004), *Psicologia di comunità per la scuola, l'orientamento e la formazione. Esperienze faccia a faccia e on line*, il Mulino, Bologna.
- Francescato D., Tomai M., Solimeno A. (2008), *Lavorare e decidere meglio in organizzazioni empowering ed empowered. L'analisi organizzativa Multidimensionale e la formazione empowering come strumenti di intervento nei contesti di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- Lewin K. (1946), "Field Theory in Social Science", *Journal of Social Issues*, 2: 34-46.
- Likert R. (1967), *New Patterns of Management*, McGraw-Hill, New York.
- Menghini C. (2010), *La speciale disperazione del gruppo gabbiera. Pensare in un Servizio per le Tossicodipendenze attraverso l'Analisi Organizzativa Multidimensionale*, tesi di laurea, Università di Roma "Sapienza", Roma.
- Murrell S. (1973), *Community Psychology and Social Systems*, Behavioral Publications, New York.
- Spaltro E. (1977), *Il check-up organizzativo*, Etas, Milano.
- Tancredi M. (1981), *Il Consultorio come sistema*, presentato al terzo seminario AIED, Roma; novembre.

# Tossicodipendenti e misuso di farmaci

## Un'indagine conoscitiva tra soggetti afferenti a Ser.T. delle province di Bergamo e Milano

M. Corti\*, G. Strepparola\*\*, C. Assi\*\*\*, U. Calzolari\*, P. Donadoni\*, G. Ferreri\*\*\*\*, C. Fogaroli\*, R. Mangili\*, R. Moioli\*, G. Pennisi\*\*\*, M. Riglietta°, L. Tidone°, A. Lucchini°°°

### SUMMARY

■ *With the aim to investigate the drug misuse and the infective risk among a population of drug addicts, we administered an anonymous questionnaire to the patients treated by all the SerTs (Drug Addicts Care Units) in the Province of Bergamo and two SerTs of the Province of Milan (Lombardy, Italy). The matter of the questions were related to addiction habits, drug misuse and infective risk. The anxiolytics are the most abused drugs. The agonists (methadone, buprenorphine, buprenorphine-naloxone) are abused in the 39% of the interviewed subjects: the main motivation is self-medication. 51% of the patients in this population did not exchange syringes during lifetime.*

*There is a positive outcome of the interventions of our Units, due to the continuous counseling performed by the professionals working in the SerTs, especially nurse and physicians. ■*

**Keywords:** *drug misuse, infective risk, agonist drugs, self-medication.*

**Parole chiave:** *misuso, rischio infettivologico, agonisti, automedicazione.*

### Scopo, metodi e caratteristiche del campione

Per valutare l'utilizzo improprio dei farmaci (misuso) nonché il rischio infettivologico in una popolazione di tossicodipendenti, è stato somministrato ai pazienti in trattamento farmacologico nei Ser.T. della Provincia di Bergamo ed in due Ser.T. dell'ASL della Provincia di Milano 2 (Trezzo sull'Adda e Melegnano) un questionario anonimo cartaceo strutturato contenente domande riguardanti abitudini tossicomane, misuso di farmaci ed esposizione a rischio infettivo.

I questionari sono stati consegnati ai pazienti con un criterio casuale dagli infermieri professionali, fornendo informazioni sulle modalità di compilazione e le finalità della ricerca.

*Per migliorare la comprensione, nelle domande sono stati citati i più comuni nomi commerciali dei farmaci.*

La rilevazione è stata condotta dal 1 al 28 febbraio 2010; i questionari complessivamente raccolti sono stati **586** e rappresentano il **25.9%** dei pazienti in carico con un trattamento farmacologico in corso (dati prevalenza puntuale al 15 dicembre 2009) (tabella seguente).

Ser.T.	Pazienti in tratt. farmacol.	% adesione
Bergamo	628	11,3
Gazzaniga	200	30,0
Lovere	74	51,3
Martinengo	291	19,9
Melegnano	300	12,0
Ponte San Pietro	249	48,2
Treviglio	212	37,2
Trezzo sull'Adda	310	38,7
<b>Totale</b>	<b>2264</b>	<b>25,9</b>

\* Responsabile UO Ser.T. - ASL Provincia di Bergamo.

\*\* Medico Ser.T. ASL Milano 2.

\*\*\* Responsabile UO Ser.T. - ASL Milano 2.

\*\*\*\* Medico Ser.T. - ASL Provincia di Bergamo.

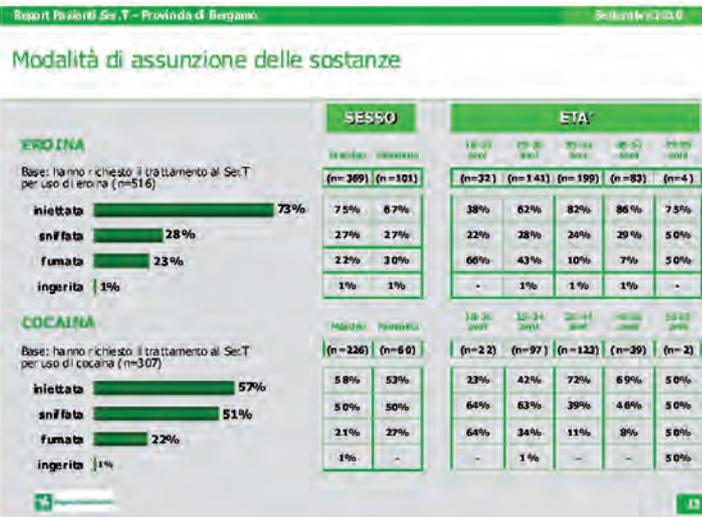
° Direttore Ser.T. BG2 - ASL Provincia di Bergamo.

°° Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL Provincia di Bergamo.

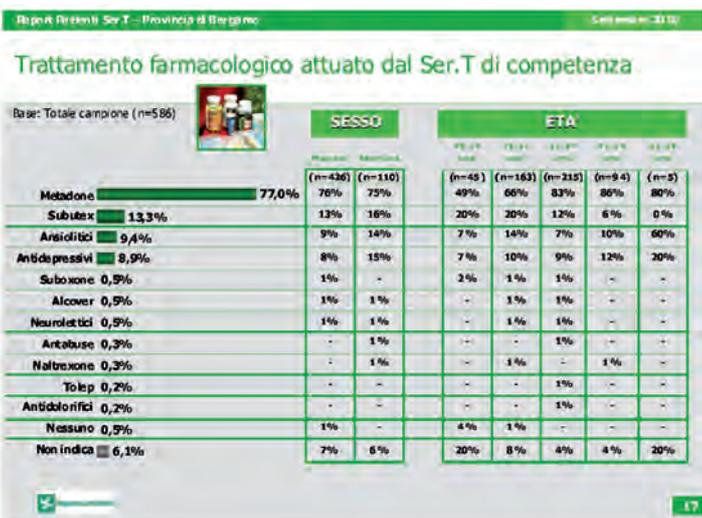
°°° Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL Milano 2.



Il motivo della presa in carico (erano possibili risposte multiple) è risultato per l'88% dei casi l'abuso o la dipendenza da **eroina** e per il 52% da **cocaina**; percentuali minori si riferiscono ad altre sostanze (cannabis 17%, amfetamine 9%, ansiolitici 8%, ecstasy 7%). L'eroina risulta utilizzata in maniera nettamente prevalente per via endovenosa (73%), mentre viene inalata e fumata rispettivamente nel 28 e nel 23% dei casi.



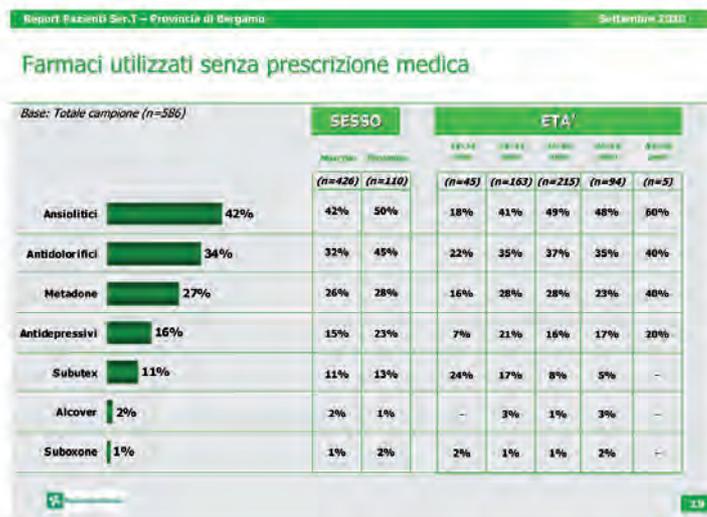
La cocaina è equamente distribuita tra uso iniettivo e uso inalatorio (57% e 51%), mentre viene fumata solo dal 22% dei pazienti indagati. Oltre il 30% degli aderenti all'indagine ha dichiarato di essere in cura da 10 o più anni. Di questi il 77% risulta in trattamento con metadone, il 13,3% con buprenorfina e lo 0,55% con buprenorfina-naloxone.



## Risultati

Abbiamo valutato il **misuso di farmaci** secondo la definizione classica di "utilizzo di farmaci al di fuori di una prescrizione medica, talvolta anche con modificazione della via di somministrazione registrata" (come ad esempio l'assunzione in vena di un farmaco in gocce registrato e commercializzato con l'indicazione all'utilizzo per via orale). Gli **ansiolitici** mantengono il primato in termini assoluti di "farmaci maggiormente abusati" (42%), mentre riguardo all'uso finalizzato all'effetto psicotropo ("ricerca dello sbalzo"), sono superati di poco dal sodio oxibato (GHB) (26% vs 27%); quest'ultimo è però *misusato* solo dal 2% del campione.

Il 15% ha indicato un consumo di benzodiazepine per via endovenosa. Oltre i "classici" lorazepam e diazepam (sicuramente molto diffusi e quindi facilmente reperibili), troviamo ai primi posti le molecole che spesso si riscontrano in ambito clinico nelle problematiche da misuso di benzodiazepine: principalmente **flunitrazepam** e **lormetazepam**. Queste benzodiazepine, grazie alla breve emivita ed all'azione ipnoinducente, sono tra i farmaci più abusati, spesso modificando la via di somministrazione (somministrazione endovenosa di preparati in gocce per via orale) ed il dosaggio indicato. Dai soggetti che hanno partecipato alla nostra indagine, questi farmaci non vengono visti come supporti per superare l'astinenza.



za (28%) ma soprattutto utili a "stare meglio" (47%) o per "sbal-  
lare" (26%).

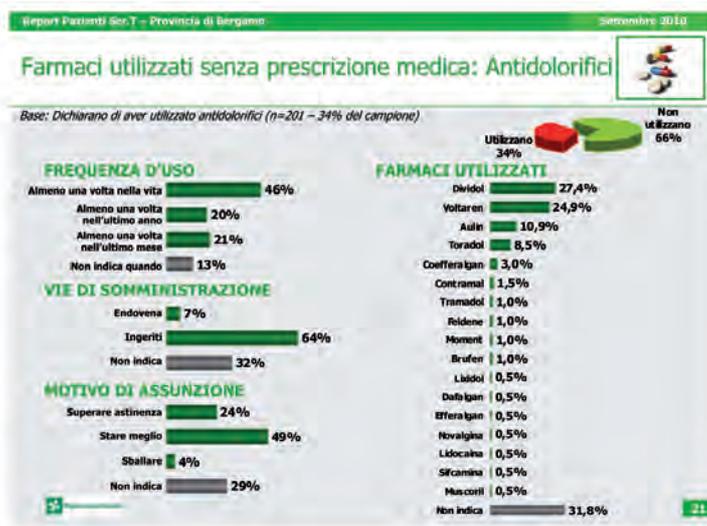
Il livello di misuso appare alto anche per i **farmaci antidolorifi-  
ci** (34%), in particolare per il **viminolo** (27,4%).

Questo farmaco, storicamente utilizzato nelle disintossicazioni  
"a breve termine" senza utilizzo di farmaci agonisti, risulta  
molto gradito e spesso *misusato*; percentuali alte fanno registra-



re anche diclofenac e nimesulide, anche questi probabilmente  
incentivati dalla loro facile disponibilità.

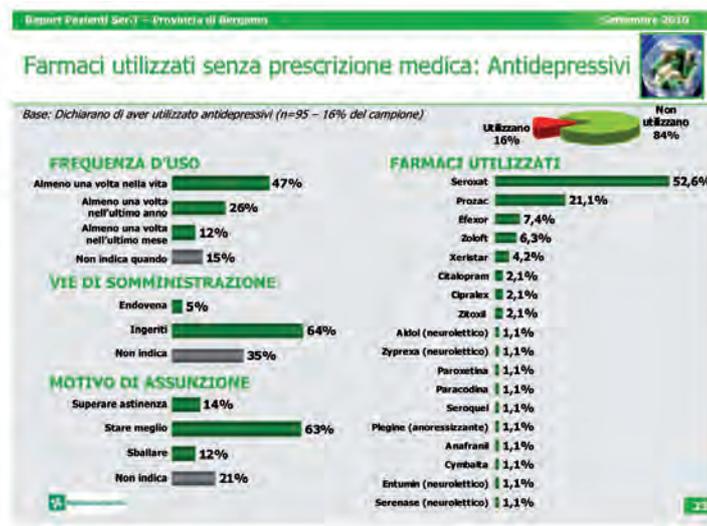
A meno del 10% si attesta il consumo di ketorolac mentre consumi  
molto limitati vengono invece segnalati con paracetamolo-codeina e  
tramadolo malgrado siano questi farmaci considerati potenzialmente  
d'abuso. L'uso degli antidolorifici è indicato dai pazienti partecipanti  
più in funzione di "auto-terapia" che per la ricerca dello "sballo" (4%).



Viene segnalato anche il misuso di antidepressivi e, inaspettata-  
mente, anche di neurolettici. In particolare viene riportata la  
paroxetina (oltre il 50%) seguita dalla fluoxetina (21%). L'uso di  
queste molecole viene motivato in oltre il 60% dei casi come  
"tentativo di stare meglio". La scelta dei farmaci sembra essere  
coerente verso quelli maggiormente conosciuti e maggiormente  
prescritti.

Globalmente i **farmaci agonisti** (metadone, buprenorfina e bupre-  
norfina-naloxone) fanno registrare un misuso del 39%; anche in  
questo caso, la motivazione principalmente riportata è **l'autome-  
dicazione** (superare l'astinenza/stare meglio), rispetto alla ricerca  
dello "sballo" (indicato da circa il 6% dei partecipanti).

L'uso extraterapeutico di metadone (27%) prevale nettamente su  
quello della buprenorfina (11%), testimoniando una maggiore



"affezione" al primo, oltre che una probabile maggiore disponi-  
bilità dello stesso sul mercato illegale.

Non significativo, al momento del presente lavoro, l'utilizzo di  
buprenorfina-naloxone.

Il misuso di metadone nel 30% dei casi è riferito nell'ultimo  
mese; quello di buprenorfina nel 70% dei casi è riferito almeno  
una volta nella vita e solo nel 5% dei casi nell'ultimo mese.

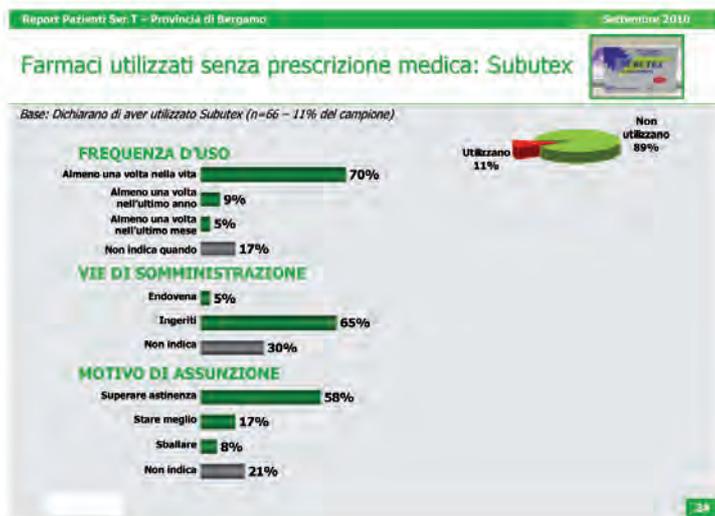
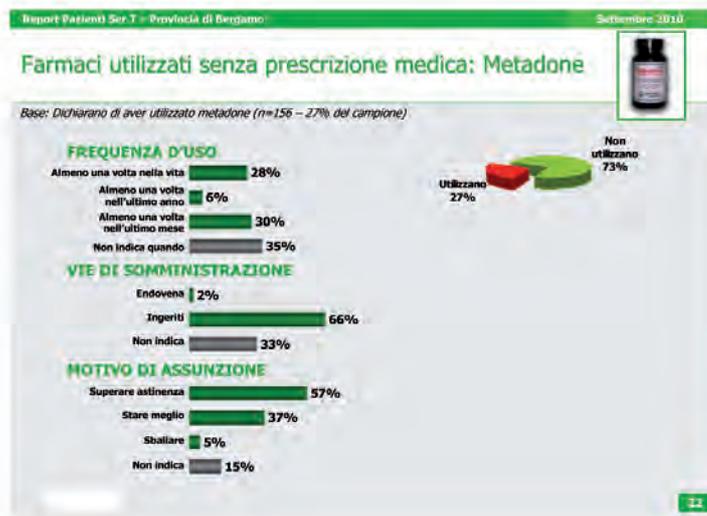
Questo pare indicare che per la buprenorfina prevale la moda-  
lità di sperimentazione occasionale rispetto all'utilizzo conti-  
nuativo e ripetuta.

Anche per quanto riguarda la **via di somministrazione** vi è **coe-  
renza** con le finalità d'uso riportate (automedicazione vs "sbal-  
lo"): infatti, tra coloro che utilizzano buprenorfina con finalità  
extraterapeutica, la maggioranza (65%) riferisce l'assunzione per

via orale, mentre solo il 5% dichiara di praticare la via endovenosa (3 pazienti in valore assoluto).

Va inoltre segnalato che un numero piuttosto elevato di pazienti (circa il 30%) preferisce **non indicare la via di assunzione** uti-

lizzata e questo riguarda tutti i farmaci ed in percentuali molto simili (20% negli ansiolitici, 32% per antidolorifici, 33% per il metadone, 35% per antidepressivi, 33% riguardo buprenorfina-naloxone).



Interessante che alla domanda sull'utilizzo di "altri oppiacei" a **scopo tossicomano** (escludendo pertanto l'eroina), il numero di pazienti che segnala, almeno una volta nella vita, l'utilizzo per via endovenosa di buprenorfina salga a 10 pazienti; l'uso di metadone è dichiarato da 15 pazienti come pure 15 segnalano l'uso di codeina in vena; infine 54 pazienti riferiscono uso endovenoso di morfina.

Un dato, forse, inaspettato è che tra i 230 pazienti (39% del campione) che hanno dichiarato uso tossicomano di "altri oppiacei", ben il 67% (102 pazienti) segnala almeno una volta nella vita l'uso di **oppio**, quasi sempre fumato; il dato si riscontra praticamente costante tra i vari servizi.

	SESSO		ETA'				
	Maschile	Femminile	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non hanno utilizzato altre sostanze	62%	60%	60%	59%	57%	53%	60%
Hanno utilizzato altre sostanze	38%	40%	40%	41%	33%	47%	40%
<b>(n=230)</b>	<b>(n=163)</b>	<b>(n=67)</b>	<b>(n=18)</b>	<b>(n=67)</b>	<b>(n=71)</b>	<b>(n=44)</b>	<b>(n=2)</b>
<b>Oppio</b>	67%	69%	68%	83%	76%	65%	59%
<b>Metadone</b>	43%	44%	41%	44%	40%	45%	43%
<b>Morfina</b>	29%	31%	23%	17%	19%	27%	48%
<b>Buprenorfina</b>	15%	19%	7%	39%	21%	9%	16%
<b>Codeina</b>	14%	17%	9%	6%	18%	14%	18%
<b>Fentanile</b>	3%	4%	-	6%	5%	1%	5%

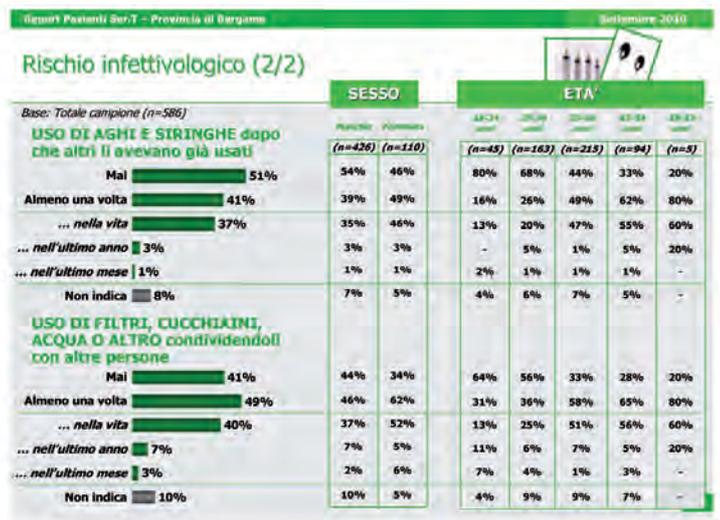
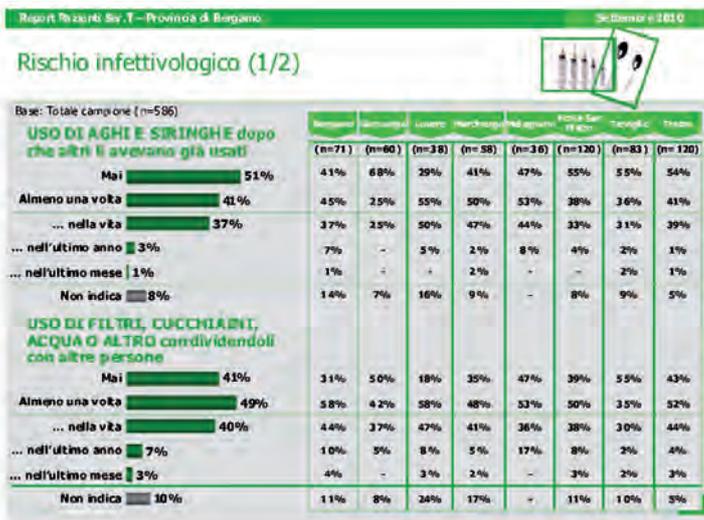
	Metropoli	Area metropolitana	Area periurbana	Area rurale	Area montana	Area collinare	Area costiera
<b>USO DI AGLI E Siringhe dopo che altri li avevano già usati</b>	(n=71)	(n=60)	(n=38)	(n=58)	(n=36)	(n=120)	(n=83)
<b>Mai</b>	51%	41%	41%	47%	55%	55%	54%
<b>Almeno una volta</b>	41%	45%	25%	55%	50%	53%	38%
... nella vita	37%	25%	50%	47%	44%	33%	31%
... nell'ultimo anno	3%	7%	-	5%	2%	8%	4%
... nell'ultimo mese	1%	1%	-	2%	-	-	2%
Non indica	8%	14%	2%	16%	9%	-	8%
<b>USO DI FILTRI, CUCCHIAINI, ACQUA O ALTRO con dividendoli con altre persone</b>	(n=71)	(n=60)	(n=38)	(n=58)	(n=36)	(n=120)	(n=83)
<b>Mai</b>	41%	31%	50%	18%	35%	47%	39%
<b>Almeno una volta</b>	49%	58%	42%	58%	48%	53%	50%
... nella vita	40%	44%	37%	47%	41%	36%	38%
... nell'ultimo anno	7%	10%	5%	8%	5%	17%	8%
... nell'ultimo mese	3%	4%	-	3%	2%	-	3%
Non indica	10%	11%	8%	24%	17%	-	11%

Riguardo al **rischio infettivologico**, relativo all'utilizzo promiscuo di **siringhe**, il 51% dichiara di non aver **mai scambiato siringhe nella vita**, mentre leggermente minore appare il numero di coloro che non hanno **mai utilizzato** in maniera promiscua **acqua, filtri o cucchiaini** (41%).

Confortante appare il dato che chi ha praticato modalità di scambio, le riferisce quasi sempre come un avvenimento pre-

gresso "nella vita" e solo raramente nell'ultimo mese (1-3%) o nell'ultimo anno (3-7%).

Il dato presenta comunque una distribuzione territoriale abbastanza variabile a seconda dei diversi contesti (ambito metropolitano, territorio periferico montano, aree extraurbane ad alta densità di popolazione).



## Conclusioni

Il **misuso** riguarda prevalentemente farmaci molto diffusi come gli ansiolitici, frequentemente utilizzati a scopo tossicomano ("ricerca dello sballo") con la predilezione delle formulazioni a breve emivita, talvolta con diversione della via di somministrazione da orale a endovenosa.

I farmaci agonisti (metadone e buprenorfina) sono anch'essi spesso utilizzati fuori prescrizione medica, ma lo scopo prevalentemente dichiarato è quello di "autoterapia" dove pertanto

viene, coerentemente, mantenuta la normale via di assunzione orale.

Il **rischio infettivologico** sembra ben percepito tra i pazienti e contenuto risulta il rischio recente.

Crediamo che questo dato possa essere attribuito, almeno in parte, ad una positiva ricaduta dell'operatività dei servizi, all'efficacia dell'intervento farmacologico attuato ed al costante counseling (**interventi di prevenzione indicata**) effettuato dagli operatori dei Servizi, in particolare dagli infermieri professionali e dai medici.

## RECENSIONE



Eugenio Rossi (a cura di)

### RAGAZZI CHE EDUCANO I RAGAZZI

Un intervento di peer education per la riparazione del disagio evolutivo

pp. 144, € 12,00  
Stripes Edizioni

di simboli sociali ed i loro contenuti. Pur condividendo la logica ed intrinseca correttezza di questo evidente assunto, il libro prova ad aggirare il paradigma inconfutabile, tenta di rimescolare le carte. Il libro racconta, attraverso la storia di un'applicazione concreta, sul campo, di ragazzi che educano altri ragazzi e dell'efficacia dell'influenza sulle opinioni collettive che alcuni giovani esercitano perché gli altri amici di pari età si fidano di loro.

Con i contributi di:

*Carlo Alberto Caiani, Eugenio Rossi, Barbara Brambilla, Silvia Cagnazzi, Lorenzo Bettin*

*Eugenio Rossi* insegna Sociologia della devianza presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Autore di numerose pubblicazioni, ha recentemente curato i volumi: *Anziani. Tra bisogni in evoluzione e risposte innovative* (con S. Casazza, C. Facchini, S. Bonora e M.G. Corradini, 2002) e *Affido forte e adozione mite: culture in trasformazione* (con A. Giasanti, 2007), entrambi editi da FrancoAngeli.

## Contaminazioni

Maurizio Fea

### Eterogenesi dei fini e geni egoisti

Dalla scorsa estate si sono ripetuti alcuni fatti angosciosi per le coscienze di tutti, che hanno determinato in alcuni casi la morte, in altri esiti meno pesanti, di bambini piccoli "dimenticati" nell'auto dei propri genitori.

L'ultimo in ordine di tempo riguarda una coppia che ha lasciato intenzionalmente i figli in auto per andare a giocare alle slot machine.

Fortunatamente i bimbi sono stati salvati dalla sollecitudine dei passanti, ma forse senza il loro intervento, l'esito poteva essere più drammatico.

La frequenza di tali episodi legati ad adulti che lasciano i figli incustoditi per andare a giocare alle slot machine, sembra aumentata negli ultimi tempi, forse anche in ragione dell'inasprimento dei divieti di gioco e di ingresso per i minori, nei locali dove sono collocate macchine per il gioco d'azzardo.

**"Conseguenze non intenzionali di azioni intenzionali"** direbbe Wundt, filosofo e psicologo empirico – W. Wundt, *Ethik*, 1886, p. 266 – a cui dobbiamo l'espressione *eterogenesi dei fini*, teorizzata per la prima volta da Giambattista Vico nella *Scienza Nuova - 1744*, secondo cui la storia umana contiene in sé potenzialmente la realizzazione di certe finalità, tuttavia può accadere che, mentre ci si propone di raggiungere alti e nobili obiettivi, la storia arrivi a conclusioni opposte.

Succede che le migliori intenzioni producano conseguenze non intenzionali, i cui effetti non sono prevedibili, ed a volte esattamente contrari alla intenzione che li ha generati, come nel caso del divieto di ingresso per i minori.

Situazione analoga ad altre nelle quali l'impegno verso il bene, la tutela del debole, o la traduzione normativa di un principio morale intendono produrre effetti correttivi di alcuni comportamenti, trascurando il fatto che norme di carattere generale non sempre sono buone per tutti, ma solo per alcuni e forse non per quelli per cui sono state pensate.

È un tema ben noto che ricorre frequentemente nel mondo delle addiction.

Si prescrive un comportamento, si stabilisce una norma, si formalizza un divieto, mossi dalla intenzione di proteggere qualcuno ritenuto non in grado di provvedere da sé, o animati dalla volontà di impedire danni a sé o ad altri.

In genere queste norme e divieti vengono disattese proprio dalle persone per le quali sono state pensate, se alla norma non si accompagna un clima culturale idoneo a rendere non solo vietato, ma anche moralmente riprovevole e socialmente biasimabile il comportamento che si vuole controllare.

A questi elementi vanno aggiunte componenti specifiche per ogni comportamento, in grado di contrastarne positivamente il potere attrattivo, seduttivo, piacevole, gratificante, e di incentivare premiando i comportamenti antagonisti.

Se così non è, l'eterogenesi dei fini è prevedibile, pur nella incertezza della misura.

C'è dunque molto da dubitare sulla efficacia di questi dispositivi normativi – divieto di gioco ai minori e divieto di ingresso nelle sale – per l'evidente incoerenza comunicativa e pratica che si manifesta verso comportamenti di gioco legittimati, promossi, sollecitati, indotti per gli adulti e vietati per i minori.

Il clima culturale nel quale si inseriscono queste norme non è certamente un clima favorevole alla loro promozione e rispetto, da parte di coloro ai quali la norma è rivolta, giocatori adulti, minori e gestori.

**La promozione di comportamenti responsabili esige chiarezza sulle ragioni e sulla natura della responsabilità.**

Responsabilità verso chi, responsabilità di che cosa, per quali ragioni, con quali conseguenze, sono tutte domande che se venissero davvero formulate e comprese nelle loro conseguenze, potrebbero riempire di senso slogan rituali il cui effetto è di mascherare le responsabilità, assicurare chi li promuove, ma non hanno alcuna efficacia sui comportamenti di chi dovrebbe sentirne la necessità.

Sappiamo poco o nulla della storia di queste famiglie, se non che i genitori non hanno esitato a lasciare i figli incustoditi in auto per soddisfare un impulso, passione, vincolo, dipendenza, desiderio, bisogno.

Possiamo chiamare in molti modi ciò che sembra essere alla origine del loro comportamento, e ciascun termine richiama teorie interpretative e modi di spiegare e rendere comprensibile, se non accettabile il comportamento di questi genitori.

Nessuno dei termini usati è sinonimo, e questo la dice lunga sulle nostre difficoltà di interpretare i comportamenti ed assegnare loro dei significati univoci e condivisi.

Disponiamo però di teorie e modelli forniti dalle neuroscienze che ci illuminano sulle complesse relazioni tra le aree cerebrali che intervengono nella valutazione delle priorità, nella costruzione della gerarchia degli interessi e dei valori secondo la logica della salienza e dunque nella formazione delle decisioni.

Infatti comunque la si voglia vedere, è stata presa una decisione quando entrambi i genitori hanno ritenuto di poter lasciare i figli per andare a giocare alle slot.

Sottovalutazione dei rischi, inesistenza di alternative, indifferenza morale, difetto di altruismo verso i figli?

Il processo di addiction può determinare la perdita di sentimenti altruistici o l'impoverimento di tale capacità?

Generalmente tendiamo a considerare gesti di puro altruismo, quei gesti impulsivi, quelle azioni che hanno come conseguenza evidente il fatto che una persona sacrifichi o possa sacrificare se stessa o i propri interessi per difenderne altri o salvare altre vite, senza che ci sia un lungo e intenzionale processo di selezione della alternative.

La natura dell'altruismo, se esiste, è una faccenda complessa e niente affatto risolta né dalla psicologia, né dalla filosofia morale, né dalle teorie evoluzionistiche di cui Richard Dawkins con il suo *Gene Egoista* è stato singolare e discusso interprete.

Esiste un sentimento morale che chiamiamo altruismo oppure tutto si riduce a forme apparentemente più nobili di egoismo?

Negare la possibilità dell'altruismo puro fornisce una scusa di comodo ai comportamenti egoistici, se "tutti fanno così" non abbiamo bisogno di sentirci in colpa per la nostra condotta egocentrica, né cercare di cambiarla.

Al fascino di questa spiegazione psicologica si associa il potere logico della inconfutabilità del fatto che per quanto si possa apparire altruisti, qualcuno potrà sempre attribuirci motivazioni e interessi occulti ed egoistici.

Tuttavia desiderare il bene degli altri, nel caso specifico dei figli, come fine in sé, non semplicemente come un mezzo per la propria soddisfazione, possiamo ancora considerarlo almeno come una conquista culturale, se non vogliamo o possiamo attribuirgli una caratteristica biologicamente acquisita e sviluppabile.

Dunque senza voler conferire significati che vadano oltre ciò che è dimostrabile, possiamo considerare l'altruismo, come una

acquisizione culturalmente condizionata con la quale tutti facciamo i conti più o meno quotidianamente.

Nell'addiction la scelta di soddisfare la pulsione ad ogni costo, a prescindere da quella che è la valutazione del costo, può essere considerata una misura arbitraria e soggettiva del legame che si crea tra desiderio e soddisfazione, ma non è l'unica condizione nella quale il legame tra desiderio e soddisfazione si manifesta in modo così diretto e necessitato.

In altri contesti – lotte di potere, minacce alla sopravvivenza o più semplicemente passioni allo sbando – le alternative tra comportamenti altruistici ed egoistici appaiono forse più chiare e marcate o forse consentono processi di valutazione diversi da quelli messi in campo nel nostro caso emblematico.

Resta il fatto che le possibilità di comportamento altruistico, sembrano più facili da ritrovare in persone nelle quali le obbligazioni fondano le loro cause non solo sulle ragioni di sopravvivenza, comunque le si voglia intendere, ma sui vincoli materiali, morali e culturali che le persone hanno scelto di darsi.

Le situazioni di addiction per loro natura sono lontane da questa condizione di libertà e l'altruismo non si può imporre per legge, forse lo si può insegnare educando ma certamente in contesti culturali ben diversi da quelli nei quali stiamo operando, e non solo per ciò che riguarda i giochi d'azzardo.

## FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

### Comunicato stampa

FeDerSerD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze – saluta il Presidente del Consiglio prof. Mario Monti e il nuovo Governo con l'augurio che tutto il Paese riesca a vivere, partecipare, contribuire ad un rinnovato clima di fiducia che porti alla ricostruzione del capitale sociale della Nazione.

FeDerSerD, la maggiore società scientifica nel settore delle dipendenze, auspica che Lei, Presidente, e il Suo Governo, sappiate, pur in questo difficile momento storico, riservare la necessaria attenzione ad un tema cruciale per la qualità della vita e del futuro del nostro Paese.

I 560 Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) italiani, attivi nelle ASL del SSN, rappresentano la più efficace organizzazione di cura delle dipendenze nel mondo occidentale.

I 7.000 medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, sociologi, educatori, assistenti sanitari dei Ser.T. hanno in cura 180.000

pazienti e oltre a produrre salute, sottraggono 1,5 miliardi di euro ogni anno alla criminalità organizzata con un grande impatto sulla riduzione della microcriminalità.

Una criminalità organizzata che è un grande problema per il Paese con un giro di affari pari all'11% del PIL.

I malati da dipendenza da sostanze, da comportamenti di addiction crescono di numero per la grande diffusione delle droghe e della cultura dell'eccesso che permea ad ogni livello la nostra società.

Investire nella cura e nella prevenzione produce un saldo attivo nel medio e lungo termine anche dal punto di vista economico. Buon lavoro!

*Il Presidente Nazionale FeDerSerD*  
*Prof. ALFIO LUCCHINI*

Milano 18 novembre 2011

## FeDerSerD Informa Supplemento a Mission 32

### Numero 16 ottobre 2011

Dedicato al congresso di Milano dello scorso ottobre, sul tema della Genitorialità e Dipendenze. Curato dalla Federazione Lombarda di FeDerSerD contiene proposte, documenti e lavori scientifici sul tema. Inoltre gli abstracts congressuali. Tra i documenti raccolti, quelli della Federazione regionale lombarda sulla Governance nel settore delle dipendenze e proposte delle commissioni regionali di FeDerSerD sul tema Genitorialità e sul tema Cocaina.

### Numero 17 novembre 2011

Dedicato al congresso di Erice dello scorso novembre. La pubblicazione, curata dalla Federazione regionale Siciliana di FeDerSerD, contiene la recente delibera quadro regionale sulla strutturazione dell'area dipartimentale delle dipendenze e una riflessione in tema di addiction.

Disponibili anche su [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

## FeDerSerD Informa News on line

Uscito il terzo numero di Federserd.Informa, newsletter dedicata al Gambling.

Newsletter aggiornata a livello nazionale ed internazionale.

Articoli:

- Gli italiani e il gioco
- Notizie di Agenzia
- Salute all'attacco: arriva il decreto contro il gioco
- Notizie dai Servizi: La cura del gioco d'azzardo patologico nell'Azienda

- Sanitaria Territoriale di Trieste - il Ser.T. di Trieste
- Notizie per i Servizi
- Sezione Giuridica: strumenti per tutelare il patrimonio immobiliare del giocatore d'azzardo patologico e dei suoi familiari
- Vasta rassegna di articoli internazionali
- Notizie dal progetto GIOCARESPONSABILE

Consulta su [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

### RECENSIONE



Franco Avenia e  
Annalisa Pistuddi (a cura di)

#### SESSUALITÀ E DIPENDENZE: DAL DESIDERIO ALLA VIOLENZA Evoluzione al trattamento

pp. 320, € 34,00

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/Testi  
FrancoAngeli

smo, droghe, farmaci, internet, affettività, sexual addiction – con un' articolata analisi sul piano neurobiologico, psicologico e sociologico. La terza ed ultima parte è dedicata alla violenza sessuale, osservata in una molteplice visuale: neuropsicologica e neurobiologica, giuridica, criminologica e psico-sociale, con particolare attenzione all'inquadramento dei sex offenders, alla relazione con le dipendenze, al trattamento clinico ed a quello criminologico. Chiudono il volume alcuni casi clinici rappresentativi delle diverse problematiche. Per il taglio multidisciplinare e il linguaggio utilizzato, il testo è uno strumento di indubbio interesse non solo per gli specialisti del settore – psicologi, sessuologi, psichiatri, andrologi, ginecologi, esperti in dipendenze patologiche – ma anche per professionisti e cultori di altre discipline, come magistrati ed avvocati.

*Franco Avenia*, sessuologo, sociologo, sofro-fenomenologo. Collabora con l'Università "Sapienza" e la Scuola Medica Ospedaliera di Roma, dove insegna sessuologia e tecniche di rilassamento. È presidente dell'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia e direttore editoriale della Rivista di Sessuologia. Ha pubblicato: con A. Pistuddi, *Manuale sulla sexual addiction* (FrancoAngeli, 2007) e *Antropologia sessuale* (Scione, 2011).

*Annalisa Pistuddi*, psicologa psicoterapeuta di formazione psicoanalitica. Docente a contratto all'Università degli Studi di Udine. Libero professionista a Milano e presso il Dipartimento Dipendenze dell'ASL Milano 2, U.O. di Alcolologia e Comportamenti di Addiction. Ha pubblicato: con F. Avenia, *Manuale sulla sexual addiction* (FrancoAngeli, 2007).

La sexual addiction e le altre dipendenze correlate al sesso sono il prodotto di spinte istintuali, di problematiche neurologiche, psicologiche, relazionali, affettive e di condizionamenti sociali. Una fusione di fattori che per una migliore comprensione non può prescindere da un'osservazione multiprospettica. È questo l'obiettivo del volume che, attraverso la collaborazione di professionisti con diversa formazione, vuole analizzare alcune delle principali fasi in cui si articola la sessualità e offrire un panorama più chiaro possibile delle principali dipendenze ad essa collegate.

La prima parte del libro è dedicata alle radici della sessualità, alle anomalie del desiderio, dell'area genitale ed alla percezione distorta del corpo, che spesso evolvono in dipendenze. La seconda affronta le differenti dipendenze correlate alla sessualità – alcoli-



## Mara Gilioni nominata nel direttivo nazionale di FeDerSerD

Con voto unanime nel corso della riunione del 25 ottobre a Milano la collega Mara Gilioni è stata nominata componente del direttivo nazionale della Federazione.

Medico dal 1979, con una doppia specializzazione in Igiene e medicina preventiva e in Psichiatria dal 1980 lavora al Servizio delle Tossicodipendenze di Terni, di cui oggi è direttore del Dipartimento delle Dipendenze nella ASL 4.

Da sempre impegnata nell'associazionismo e nella società, dal 2005 al 2010 è stata consigliere regionale in Umbria, con il ruolo di vicepresidente del Consiglio Regionale.

Dopo aver servito nelle istituzioni siamo onorati di ri-accoglierla nei nostri organi direttivi e felici dello sviluppo che sicuramente potrà portare con la sua competenza alla Federazione, ad iniziare dall'Umbria.

(A.L.)



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

### Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)  
 Guido Faillace (vicepresidente)  
 Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)  
 Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)  
 Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,  
 Roberto Balestra, Giuseppe Barletta,  
 Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,  
 Francesco Castracane, Gianni Cordova,  
 Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,  
 Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,  
 Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande,  
 Claudio Leonardi, Roma, Raffaele Lovaste,  
 Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino,  
 Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri,  
 Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,  
 Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic,  
 Franco Zuin, Giovanni Villani

### Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)  
 Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)  
 Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,  
 Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

### ANNO 2012 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)  
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI  
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

#### Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2012  
 Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2012  
**a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

**Versamento quota associativa di**  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_